



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NAYARA DA CRUZ SANTANA LIMA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO**  
**PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE**  
**UROLOGIA**

**ARACAJU-SERGIPE**

**2019**

NAYARA DA CRUZ SANTANA LIMA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO  
PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE  
UROLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde. Linha de Pesquisa: Modelos teóricos e as tecnologias na enfermagem para o cuidado do indivíduo e grupos sociais.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Freire Abud

ARACAJU-SERGIPE

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

L732c Lima, Nayara da Cruz Santana  
Construção e validação de conteúdo de um instrumento para  
consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia /  
Nayara da Cruz Santana Lima; orientadora Ana Cristina Freire  
Abud. – Aracaju, 2019.  
107 f. : il.

Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade  
Federal de Sergipe, 2019.

1. Doenças Urológicas. 2. Cuidados de Enfermagem. 3.  
Avaliação em Enfermagem. 4. Assistência Ambulatorial. I. Abud,  
Ana Cristina Freire, orient. II. Título.

CDU 616-083

NAYARA DA CRUZ SANTANA LIMA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO  
PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE  
UROLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde. Linha de Pesquisa: Modelos teóricos e as tecnologias na enfermagem para o cuidado do indivíduo e grupos sociais.

Aracaju, 28 de fevereiro de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Freire Abud

Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Pontes de Aguiar Campos

Membro interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Dorcas de Melo Inagaki

Membro externo

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, que cuida tão bem de mim, por estar sempre ao meu lado, proporcionando-me força e sabedoria ao longo desta caminhada, não me permitindo fraquejar nos momentos mais difíceis. Por todas as bênçãos derramadas em minha vida.

A meu marido e grande amor, Igor, que me acompanha nas dificuldades e nas conquistas desde a graduação, pela parceria, pelo apoio, pelo carinho, pela paciência. Por todo o seu amor, por cuidar de mim e fazer de tudo para que os meus sonhos possam ser realizados.

Aos meus pais, minhas riquezas, Nadja e Agnaldo, que não medem esforços para me ver feliz e realizada, por todo seu amor, carinho, apoio e incentivo. Por toda a dedicação e contribuição para a minha formação pessoal e profissional, renunciando inúmeras vezes a vocês mesmos.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Freire Abud, por acreditar e confiar em mim quando muitas vezes eu mesma duvidei. Obrigada pela compreensão, pela paciência, pela dedicação e pela amizade. Agradeço pelos valiosos ensinamentos, que me tornaram uma pessoa e profissional melhor. Seu apoio foi essencial para a continuidade e conclusão desta etapa em minha vida.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Rodrigo Assis Neves Dantas, pelas contribuições para melhoria do meu trabalho.

Às professoras Dr.<sup>a</sup> Maria Pontes de Aguiar Campos e Dr.<sup>a</sup> Ana Dorcas de Melo Inagaki por aceitarem participar da minha banca de defesa com suas valiosas contribuições.

Ao meu querido Prof. Samuel de Oliveira Ribeiro pela amizade iniciada na graduação e por até hoje auxiliar-me no que for preciso, sempre com atenção e paciência.

À aluna PIBIC e futura enfermeira Milena Mendes por toda ajuda e disponibilidade ao longo da caminhada, sempre com palavras de conforto nos momentos de dificuldade.

Às colegas do mestrado, com as quais foram compartilhados momentos felizes, difíceis e de bastante aprendizado, em especial a Josiene, Thais, Vivi e Bruna.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por todo conhecimento compartilhado.

Por fim, a todos os amigos e familiares, que estiveram ao meu lado, ajudando, apoiando e torcendo pelo meu sucesso. Muito obrigada a todos.

## EPÍGRAFE

*“Tudo posso naquele que me fortalece.”  
(Filipense 4:13)*

## RESUMO

Trata-se de um estudo com os seguintes objetivos: construir um instrumento para a consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e validar o conteúdo do instrumento para a consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos. Para tanto, utilizou-se três desenhos metodológicos: uma revisão integrativa, uma análise de prontuários e um estudo metodológico com abordagem quantitativa. O local do estudo foi o ambulatório de especialidades do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi utilizada como referencial teórico. Para o estudo de revisão a amostra foi composta por artigos que versaram sobre assistência de enfermagem a pacientes com diagnóstico de problemas urológicos, publicados nos últimos 10 anos (2009-2018), nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE e PubMed, nos idiomas inglês, português e espanhol. Também foram feitas buscas nos prontuários dos pacientes atendidos no referido ambulatório. Para o estudo metodológico a amostra foi composta por seis juízes que validaram os indicadores empíricos encontrados para pacientes com diagnóstico de problemas urológicos. O estudo foi realizado por meio das seguintes etapas: identificação dos indicadores empíricos, validação dos indicadores empíricos pelos juízes selecionados e estruturação do instrumento a partir das Necessidades Humanas Básicas. Na análise dos dados foi considerado para a confirmação e relevância dos indicadores empíricos o Índice de Concordância maior ou igual a 0,8. A revisão integrativa para identificação dos indicadores empíricos resultou em 11 artigos selecionados. Após a realização do processo de identificação dos indicadores e normalização, foi gerada uma lista com 883 indicadores, sendo que destes foram validados 331, os quais foram pareados de acordo com o referencial teórico em 15 necessidades psicobiológicas, 12 necessidades psicossociais e uma necessidade espiritual. Para as necessidades psicobiológicas, foram totalizados 254 indicadores, sendo que a necessidade de eliminação apresentou maior número de indicadores empíricos encontrados. As necessidades psicossociais obtiveram 75 indicadores, resultando um maior número de indicadores empíricos para a necessidade de aprendizagem. Para a necessidade psicoespiritual, foram selecionados dois indicadores. Dessa maneira, foi estruturado o instrumento para consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades. Espera-se que esse instrumento contribua para a melhoria da assistência prestada no referido ambulatório, auxilie no processo de conquista do respeito profissional e permita o fortalecimento da enfermagem enquanto ciência, por meio do uso de uma terminologia padronizada para a enfermagem.

**Palavras-chave:** Doenças Urológicas; Cuidados de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Assistência Ambulatorial.



## ABSTRACT

It is a study with the following objectives: to construct an instrument for the nursing consultation to patients with urological problems attended at the specialty clinic, based on the Theory of Basic Human Needs and to validate the content of the instrument for the nursing consultation a patients with urological problems. For that, three methodological designs were used: an integrative review, a medical records analysis and a methodological study with quantitative approach. The study site was the specialty outpatient clinic of the University Hospital of the Federal University of Sergipe. The Theory of Basic Human Needs was used as theoretical reference. For the review study, the sample consisted of articles that dealt with nursing care for patients diagnosed with urological problems, published in the last 10 years (2009-2018), in the databases LILACS, BDENF, MEDLINE and PubMed, in the languages English Portuguese and Spanish. Searches were also made in the medical records of the patients seen in the outpatient clinic. For the methodological study the sample consisted of six judges who validated the empirical indicators found for patients diagnosed with urological problems. The study was carried out by means of the following steps: identification of the empirical indicators, validation of the empirical indicators by the selected judges and structuring of the instrument from Basic Human Needs. In the analysis of the data was considered for the confirmation and relevance of the empirical indicators the Concordance Index greater or equal to 0.8. The integrative review to identify the empirical indicators resulted in 11 selected articles. After the process of identification of the indicators and normalization, a list was created with 883 indicators, of which 331 were validated, which were matched according to the theoretical reference in 15 psychobiological needs, 12 psychosocial needs and a spiritual need. For the psychobiological needs, 254 indicators were totalized, and the need for elimination presented a greater number of empirical indicators found. Psychosocial needs obtained 75 indicators, resulting in a greater number of empirical indicators for the need for learning. For psycho-spiritual need, two indicators were selected. In this way, the instrument for nursing consultation was structured to patients with urological problems attended at the specialty outpatient clinic. It is hoped that this instrument will contribute to the improvement of the care provided in this outpatient clinic, assist in the process of achieving professional respect and allow the strengthening of nursing as a science, through the use of a standardized terminology for nursing.

**Keywords:** Urologic Diseases; Nursing Care; Nursing Assessment; Ambulatory Care.

## RESUMEN

Se trata de un estudio con los siguientes objetivos: construir un instrumento para la consulta de enfermería a pacientes con problemas urológicos atendidos en el ambulatorio de especialidades, con base en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas y validar el contenido del instrumento para la consulta de enfermería a pacientes con problemas urológicos. Para ello, se utilizaron tres diseños metodológicos: una revisión integrativa, un análisis de prontuarios y un estudio metodológico con abordaje cuantitativo. El local del estudio fue el ambulatorio de especialidades del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Sergipe. La Teoría de las Necesidades Humanas Básicas fue utilizada como referencial teórico. Para el estudio de revisión la muestra fue compuesta por artículos que versaron sobre asistencia de enfermería a pacientes con diagnóstico de problemas urológicos, publicados en los últimos 10 años (2009-2018), en las bases de datos LILACS, BDNF, MEDLINE y PubMed, en los idiomas Inglés, portugués y español. También se hicieron búsquedas en los prontuarios de los pacientes atendidos en el referido ambulatorio. Para el estudio metodológico la muestra fue compuesta por seis jueces que validaron los indicadores empíricos encontrados para pacientes con diagnóstico de problemas urológicos. El estudio fue realizado por medio de las siguientes etapas: identificación de los indicadores empíricos, validación de los indicadores empíricos por los jueces seleccionados y estructuración del instrumento a partir de las Necesidades Humanas Básicas. En el análisis de los datos se consideró para la confirmación y relevancia de los indicadores empíricos el Índice de Concordancia mayor o igual a 0,8. La revisión integrativa para identificación de los indicadores empíricos resultó en 11 artículos seleccionados. Después de la realización del proceso de identificación de los indicadores y normalización, se generó una lista con 883 indicadores, siendo que de éstos fueron validados 331, los cuales fueron pareados de acuerdo con el referencial teórico en 15 necesidades psicobiológicas, 12 necesidades psicosociales y una necesidad espiritual. Para las necesidades psicobiológicas, fueron totalizados 254 indicadores, siendo que la necesidad de eliminación presentó mayor número de indicadores empíricos encontrados. Las necesidades psicosociales obtuvieron 75 indicadores, resultando un mayor número de indicadores empíricos para la necesidad de aprendizaje. Para la necesidad psicoespiritual, se seleccionaron dos indicadores. De esta manera, se estructuró el instrumento para consulta de enfermería a pacientes con problemas urológicos atendidos en el ambulatorio de especialidades. Se espera que ese instrumento contribuya a la mejora de la asistencia prestada en el referido ambulatorio, auxilie en el proceso de conquista del respeto profesional y permita el fortalecimiento de la enfermería como ciencia, por medio del uso de una terminología estandarizada para la enfermería.

**Palabras clave:** Enfermedades Urológicas; Atención de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Atención Ambulatoria.

## **LISTA DE SIGLAS**

AVE	- Acidente Vascular Encefálico
BDENF	- Base de dados em Enfermagem
CIPE	- Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CVD	- Cateter Vesical de Demora
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
HU	- Hospital Universitário
IC	- Índice de Concordância
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
IRA	- Insuficiência Renal Aguda
IRC	- Insuficiência Renal Crônica
ITU	- Infecção do Trato Urinário
IU	- Incontinência Urinária
IUE	- Incontinência Urinária de Esforço
IUU	- Incontinência Urinária de Urgência
IUM	- Incontinência Urinária Mista
LILACS	- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LPP	- Lesão Por Pressão
MEDLINE	- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMII	- Membros Inferiores
NANDA-I	- North American Nursing Diagnosis Association International
NIC	- Nursing Interventions Classification
NOC	- Nursing Outcomes Classification
PE	- Processo de Enfermagem

PubMed	- Public/Publisher MEDLINE
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	- Serviço de Arquivo Médico
SBH	- Síndrome da Bexiga Hiperativa
SVD	- Sonda Vesical de Demora
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	- Terapia Renal Substitutiva
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2 OBJETIVOS</b>	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	18
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA</b>	20
4.1 SISTEMA RENAL E URINÁRIO	20
4.2 PROBLEMAS MAIS COMUNS RELACIONADOS AO SISTEMA RENAL E URINÁRIO	21
4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	25
4.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM	26
4.5 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM: NANDA-I	28
<b>5 MÉTODO</b>	30
5.1 TIPO DE ESTUDO	30
5.2 LOCAL DO ESTUDO	30
5.3 AMOSTRAS DO ESTUDO	31
5.4 SISTEMÁTICA DE COLETA	31
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	34
5.6 AVALIAÇÃO DE RISCOS	34
5.7 BENEFÍCIOS	34
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
<b>6 RESULTADOS</b>	36
<b>7 DISCUSSÃO</b>	51
<b>8 CONCLUSÃO</b>	67
<b>REFERÊNCIAS</b>	68
<b>APÊNDICES E ANEXO</b>	76

## 1 INTRODUÇÃO

A urologia é a ciência que estuda as doenças do aparelho urinário, constituindo uma das diversas áreas de atuação da enfermagem. As principais doenças relacionadas a esse aparelho são: doenças da bexiga, a exemplo de bexiga neurogênica, cistite, tumores malignos e incontinência urinária; doenças dos rins, tumores malignos e benignos, nefrolitíase e trauma renal; doenças da próstata, hiperplasia prostática benigna, infecções prostáticas e câncer de próstata; doenças do testículo, tumores malignos, infecções, varicocele, hidrocele, criptorquia; doenças do pênis, tumores malignos, uretrite, fimose (NAPOLEÃO; BARCELLOS; KAWAI, 2008).

As doenças urológicas são bastante comuns e não poupam grupos culturais ou regiões geográficas. Sua prevalência e incidência variam entre diferentes regiões do mundo, sofrendo influência de fatores genéticos e ambientais. Dentro do mesmo país, variações geográficas significativas ocorrem. As Infecções do Trato Urinário (ITU) são bastante relevantes devido à sua elevada frequência: cerca de 150 milhões de pessoas em todo o mundo são diagnosticadas com ITU por ano, o que gera um custo de mais de seis bilhões de dólares para a economia global. No Brasil, as infecções do trato urinário são consideradas as mais comuns das infecções bacterianas, responsáveis por 80 em cada 1.000 consultas clínicas (OLIVEIRA; SANTOS, 2018).

No Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe estima-se que, aproximadamente, 200 pessoas com diagnósticos de problemas urológicos são acompanhadas pelo serviço de urologia do ambulatório de especialidades, o qual é referência no estado para usuários do Sistema Único de Saúde (SAME/HU, 2018). Nessa direção, o paciente com esta condição necessita de acompanhamento contínuo da equipe de enfermagem. É muito importante que o paciente seja acompanhado através do serviço ambulatorial e receba cuidados individualizados a partir de suas necessidades, a fim de que sua assistência seja sistemática, holística, humanizada e direcionada a resultados.

A Lei nº 7.498/86, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem, juntamente com o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a lei do exercício profissional, instituíram a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, dando início efetivo à sistematização da assistência no país. Posteriormente, em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), apresentou a Resolução nº

272/2002, que mais tarde, em 2009, seria ampliada e reformulada pelo próprio conselho, dando surgimento à Resolução nº 358/2009, que organiza o Processo de Enfermagem (PE) em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. São elas: Coleta de dados de Enfermagem, ou Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), o PE é um instrumento metodológico que possui teorias de enfermagem como base de sustentação, orienta o cuidado de Enfermagem e a documentação da prática profissional. É também obrigatório onde esteja sendo exercido o trabalho da Enfermagem, seja em ambientes públicos ou privados. As teorias estimulam o pensamento crítico e reflexivo nos profissionais, itens imprescindíveis para uma enfermagem baseada em evidências. Somente desta forma, a enfermagem baseará sua prática clínica em ciência e não mais em senso comum (BARROS et al., 2015).

Por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) torna-se possível realizar uma consulta de enfermagem integral e individualizada, melhorando a qualidade do serviço de enfermagem e, conseqüentemente, o aumento do reconhecimento e da visibilidade profissional. É através da sistematização da assistência que o profissional organiza seu trabalho quanto ao método, pessoal e instrumento, tornando viável a implementação e operacionalização do PE (BARROS et al., 2015). Entretanto, apesar da importância desta temática, há poucos estudos a esse respeito para melhor organizar e qualificar a assistência de enfermagem nos serviços ambulatoriais.

A Enfermagem, para definir-se como ciência, requer a construção de um vocabulário próprio, preciso e consensual, que permita uma aplicação mais eficaz de suas técnicas, métodos e princípios (NÓBREGA et al., 2003).

Todo esse contexto levou à inquietação de alguns enfermeiros e, conseqüentemente, à construção dos sistemas de classificação em Enfermagem. Dentre os sistemas de classificação existentes e mais conhecidos estão a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA International ou NANDA-I); a Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC); a Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* – NOC); o Sistema de Cuidados Comunitários de Omaha (The Omaha System); e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) (TANNURE; CHIANCA; GARCIA, 2009).

O uso da terminologia da NANDA-I permite padronizar e uniformizar a linguagem utilizada pela enfermagem, facilitando a comunicação da equipe entre si e com outros profissionais da saúde. Essa terminologia proporciona aos enfermeiros uma abordagem dos problemas de saúde, dos estados de risco e da disposição para a promoção da saúde. O uso de diagnósticos de enfermagem ajuda na compreensão dos assuntos que são direcionados à enfermagem, seja com o paciente, a família ou a comunidade. Tais diagnósticos também auxiliam o indivíduo a se envolver e se comprometer com seu próprio cuidado. Segundo a NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem é definido como “um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (BARROS et al., 2015; NANDA, 2018).

A partir do exposto e da experiência vivida no ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Sergipe, como graduanda e como professora voluntária, onde pacientes são constantemente admitidos com problemas urológicos, em especial problemas que exigem o uso do cateterismo vesical, a falta de uma linguagem universal para definição da prática profissional, e, considerando ainda, a escassez de estudos na área dentro da temática, fez despertar o interesse em avaliar as necessidades de cuidado a esses pacientes, caracterizá-los e poder construir e validar um instrumento, contribuindo, assim, com a melhoria da assistência de enfermagem.

Dessa forma, para se alcançar uma assistência que contemple todas as necessidades do paciente com problemas urológicos, é necessário que se envolvam vários aspectos da vida desse indivíduo, tais como baixa autoestima, sentimentos de depressão e mudanças na percepção da autoimagem corporal, pois esses fatores podem afetar as relações sociais do indivíduo e a forma como o mesmo lida com a sua doença.

Diante disso, foram elaborados os seguintes questionamentos: A partir da assistência de enfermagem prestada aos pacientes com diagnóstico de doença urológica, quais são os indicadores empíricos que caracterizam as necessidades desses pacientes? Qual a validade do instrumento proposto para implementação da assistência de enfermagem a esses pacientes?

Além disso, considerando que o presente estudo foi realizado em ambulatório de um hospital de ensino, torna-se ainda mais relevante a aplicabilidade do PE. A prática do método estimula o raciocínio crítico e reflexivo tanto no profissional quanto nos



alunos, ao tempo que permite que o profissional exerça seu papel de enfermeiro com plenitude e autonomia, motivando os graduandos.

É imprescindível que os alunos tenham contato com o PE na prática para que todas as suas dúvidas sejam sanadas e para que os mesmos possam concluir seus estudos mais preparados para o mercado de trabalho. Embora haja aumento no quantitativo de pesquisas de enfermagem voltadas à construção de instrumentos, observou-se nas bases analisadas que na área da urologia continua bastante escassa a produção desse conhecimento, principalmente no que diz respeito ao serviço ambulatorial.

O presente estudo visa auxiliar na implantação do PE em um ambulatório de pacientes com problemas urológicos, a partir da construção e validação de um instrumento para realização da consulta de enfermagem. Em se tratando de um hospital de ensino, torna-se imprescindível a realização deste estudo visto que os enfermeiros passam a ser referência para os futuros profissionais. É preciso usar os pressupostos da SAE em diversos âmbitos da assistência, de forma a caracterizar a profissão cientificamente por meio dos cuidados baseados em evidências.

Visto que as necessidades são universais e inter-relacionadas, o enfermeiro não pode cuidar apenas da parte afetada, mas abordar o ser humano como um todo, principalmente ao levar-se em conta que cada ser humano manifesta suas necessidades à sua maneira (HORTA, 2012).

Sendo assim, foi escolhida como referencial teórico para a construção do instrumento para pacientes com problemas urológicos a teoria de Wanda de Aguiar Horta, que traz como objetivo da enfermagem auxiliar o ser-cliente a manter seu equilíbrio, através da satisfação de suas necessidades humanas básicas.

## **2 OBJETIVOS**

Construir um instrumento para a consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Validar o conteúdo do instrumento para a consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Não é recente a preocupação da enfermagem com a organização do conhecimento em modelos teóricos/conceituais, essa preocupação iniciou-se em 1950, tendo Florence Nightingale como precursora, porém tornou-se mais enfática a partir das décadas de 1960 e 1970. Tais modelos conceituais/teóricos contribuem com um vocabulário próprio da disciplina enfermagem e oferecem o início de uma articulação sobre o conceito de enfermagem e quais são os papéis do enfermeiro. Essa reflexão direciona a enfermagem a um saber e fazer próprios da profissão, diferenciando-os do modelo médico (BARROS, et al., 2015).

O desenvolvimento de teorias é relevante para a enfermagem enquanto ciência, elas oferecem uma justificativa ou razão bem fundamentada sobre como os enfermeiros devem realizar determinadas intervenções. As teorias de enfermagem servem para descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever medidas referentes ao cuidado de enfermagem. De uma maneira geral, as teorias estruturam-se a partir de quatro conceitos centrais ou metaparadigma da enfermagem, a saber: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem (POTTER, PERRY, 2018).

No Brasil, os modelos mais utilizados a partir da década de 80 foram as Necessidades Humanas Básicas de Horta e o Autocuidado de Orem. Wanda de Aguiar Horta nasceu em 11 de agosto de 1926, natural de Belém do Pará. Graduou-se em Enfermagem em 1948; em 1962, tornou-se Doutora em Enfermagem e Pós-graduada em Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem. Seus conceitos ultrapassaram as fronteiras geográficas e são estudados também a nível internacional, permanecendo até os dias de hoje (HORTA, 2012).

A teoria de Wanda de Aguiar Horta possui como apoio as leis que regem o universo. São elas: a Lei do Equilíbrio, que compreende o ser humano como parte integrante do universo, estando em constante interação; a Lei da Adaptação, na qual o ser humano se adapta ao meio, em busca do equilíbrio; e a Lei do Holismo, na qual o ser humano integra-se ao universo como um todo unificado e dinâmico. Assim Horta definiu seus quatro conceitos principais: o Ser Humano é parte integrante do universo dinâmico e, como tal, sujeito a todas as leis que o regem; a Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o

independente desta assistência; a Saúde é compreendida como um estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço; e o Ambiente é entendido como o universo dinâmico em que o ser humano se encontra (HORTA, 2012).

Esta teoria consistiu num importante marco para a sistematização da assistência. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas é o modelo teórico mais conhecido e utilizado no Brasil, e consiste na ideia de que o ser humano possui as necessidades divididas em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A autora se baseou na teoria da motivação humana de Maslow, que classifica as Necessidades Humanas Básicas em: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização (MASLOW, 1943).

As necessidades psicobiológicas são: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo mecânica corporal, mobilidade, cuidado corporal, integridade cutaneomucosa, integridade física, regulação, térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente, terapêutica (HORTA, 2012).

São necessidades psicossociais: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção. Já as necessidades psicoespirituais são: religiosa, ética ou de filosofia de vida (HORTA, 2012).

Visto que as necessidades são universais e inter-relacionadas, o enfermeiro não pode cuidar apenas da parte afetada, mas abordar o ser humano como um todo, principalmente ao levar-se em conta que cada ser humano manifesta suas necessidades à sua maneira (HORTA, 2012).

Diante disso, a teoria de Wanda A. Horta, que traz como objetivo da enfermagem auxiliar o ser-cliente a manter seu equilíbrio, através da satisfação de suas necessidades humanas básicas, contribuiu, no presente estudo, para elaboração de material didático, como forma de auxiliar na melhoria do atendimento aos pacientes com problemas urológicos. O instrumento será utilizado para organizar e individualizar a assistência, possibilitando maior integração da equipe de enfermagem com a comunidade, com a família e com o próprio paciente.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1 SISTEMA RENAL E URINÁRIO**

A eliminação normal dos resíduos urinários, função básica do sistema renal, depende da função dos rins, ureteres, bexiga e uretra e é essencial para a vida. A disfunção dos rins e do trato urinário inferior é comum, podendo ocorrer em qualquer idade e com graus variados de intensidade. Todos os sistemas sofrem alteração quando o sistema urinário não funciona de forma adequada. Uma das principais funções dos sistemas renal e urinário consiste em manter o estado de homeostasia do organismo, regulando minuciosamente os líquidos e eletrólitos (SMELTZER et al., 2015).

Os rins produzem várias substâncias essenciais para a produção das hemácias (as células vermelhas do sangue), como a eritropoietina, ajudam na manutenção da pressão arterial e mineralização óssea. Os pacientes com problemas renais crônicos não conseguem produzir quantidades suficientes de eritropoietina e, por isso, estão propensos à anemia. Dessa forma, tais pacientes também estão propensos a desenvolver doença renal óssea resultante da desmineralização óssea causada pela diminuição da absorção de cálcio (MCANINCH; LUE, 2014).

Muitos fatores influenciam a micção, levando ao aparecimento de condições fisiopatológicas reversíveis como a Infecção do Trato Urinário (ITU) e irreversíveis como a disfunção renal de desenvolvimento lento e progressivo. Tais distúrbios funcionais tornam-se problemas de saúde pública, devido, principalmente, aos fatores decorrentes a estas disfunções, como: impacto na qualidade de vida, na independência do paciente, constrangimento social, impacto nos custos de internação e na recorrência de infecções de repetição, por exemplo (VALAGNI, 2013).

Os produtos do metabolismo que se acumulam no sangue são filtrados pelos rins, onde os glomérulos filtram aproximadamente 125mL de filtrado por minuto, cerca de 20% a 25% do débito cardíaco. Em média, adultos normais eliminam 1.200 a 1.500 mL/dia de urina. Uma diurese de menos de 30mL/hora indica possível alteração circulatória, no volume sanguíneo ou renal. É importante conhecer as razões dos problemas de eliminação urinária, encontrar soluções aceitáveis e fornecer compreensão e sensibilidade para as necessidades de todos os pacientes (MCANINCH; LUE, 2014).

## 4.2 PROBLEMAS MAIS COMUNS RELACIONADOS AO SISTEMA RENAL E URINÁRIO

Entre os problemas mais comuns relacionados ao sistema urinário, está a retenção urinária que é definida como o acúmulo de urina decorrente da incapacidade da bexiga de se esvaziar adequadamente. Os fatores que desencadeiam este problema podem ser relacionados à obstrução da uretra, alterações sensoriais, ansiedade, efeitos de drogas, dentre outros, muitas vezes levando ao desconforto pélvico e à agitação. Em casos graves, o paciente pode chegar a reter até 2.000 mL de urina na bexiga. O cateterismo vesical é um dos procedimentos mais comuns de cuidados de enfermagem em retenção urinária. Quando realizado de forma inadequada, pode levar à ITU (MAZZO et al., 2015).

Considera-se ITU, a presença de bactéria na urina (bacteriúria) acima de 100.000 unidades formadoras de colônias por mililitro (ufc/mL), esta pode ser sintomática ou assintomática. Os sinais e sintomas associados à infecção urinária incluem polaciúria, urgência miccional, disúria, alteração na coloração e no aspecto da urina, com surgimento de urina turva acompanhada de alterações no sedimento urinário, hematúria e piúria (>10.000 leucócitos/mL). Quanto à localização, é classificada como baixa (cistite) ou alta (pielonefrite) (REIS; CASTRO; SILVA, 2018).

A ITU é uma das infecções nasocomiais mais comumente adquiridas durante os cuidados de saúde. Dados apontam que 80% dessas infecções resultam da utilização do cateter uretral – a introdução de um cateter na uretra fornece uma via direta para os microrganismos, cerca de 5 a 10% resultam de outras manipulações do trato urinário. A cada dia que o cateter permanece no lugar, há um aumento de 5% das bactérias na urina. Além da extensão anatômica da uretra feminina ser menor que a da masculina, e da proximidade da vagina com o ânus, a higiene perineal precária é outra causa de ITU em mulheres (JESUS; COELHO; LUZ, 2018).

A Incontinência Urinária (IU) é considerada um problema social e é definida como a perda involuntária de urina. Pode ocorrer em qualquer idade, apesar de ser mais frequente em pessoas idosas e do sexo feminino. No Brasil, hoje, cerca de um terço da população feminina é acometida pela IU. Pode ser classificada em três tipos principais: a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), associada a aumento da pressão intra-

abdominal durante o espirro, a tosse ou o exercício físico, a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) ou urge-incontinência, caracterizada pela perda de urina com forte sensação de urgência para urinar, e a Incontinência Urinária Mista (IUM), caracterizada pela perda de urina associada à urgência e também a esforços (HENKES et al., 2015).

A IU pode prejudicar a imagem corporal e, muitas vezes, leva à perda da independência, é considerada um sério problema de saúde, que causa adversidades físicas, psicológicas e sexuais. Repercute na qualidade de vida dos pacientes acometidos, gerando sobrecarga emocional e social, que pode ocasionar desordens psíquicas, como ansiedade e depressão. A repetição de episódios de IU é um risco para integridade da pele prejudicada. O paciente imobilizado acometido com incontinência, frequentemente está em risco aumentado para ocorrer lesão por pressão (LPP) (BAVARESCO, 2012).

Muitas vezes os efeitos psicossociais são mais devastadores que as consequências sobre a saúde física, pois afeta a qualidade de vida desses pacientes, causa impacto negativo em seus comportamentos diários e compromete, inclusive, seu convívio social. Apesar de tais consequências, a taxa de procura por tratamento varia consideravelmente. Muitas pessoas desconhecem a existência de tratamentos ou mesmo consideram a IU um fator intrínseco ao envelhecimento (HENKES et al., 2015).

A Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) resulta das alterações fisiológicas, causadas pelo avançar da idade, que incluem a diminuição da capacidade vesical e as alterações do tônus muscular, gerando urgência miccional. Os sintomas mais comuns são a polaciúria e a noctúria, a urgência urinária pode ou não estar acompanhada da incontinência. A prevalência dos sintomas é maior nas mulheres que nos homens. Anormalidades comuns do sistema nervoso que causam a SBH incluem Acidente Vascular Encefálico (AVE) e outras lesões no cérebro, lesão medular e neuropatia diabética. Outras causas incluem a ITU e a ansiedade (SILVA, 2014).

Urolitíase e nefrolitíase referem-se a cálculos no trato urinário e rim, respectivamente. Esse problema acomete cerca de 5 a 15% da população mundial, sendo também considerado um problema de saúde pública. A ocorrência de cálculos urinários acontece predominantemente da terceira à quinta década de vida e afeta mais os homens que as mulheres, porém comumente também ocorre em crianças. A taxa de recorrência

é alta, atingindo cerca da metade dos pacientes dentro de cinco anos (GORDIANO et al., 2014).

Dentre os fatores que influenciam a formação da litíase renal, estão: clima, profissão, idade, sexo, fatores genéticos, fatores nutricionais e distúrbios metabólicos. Os sinais e sintomas dos cálculos no sistema urinário dependem da presença de obstrução, infecção e edema. Alguns cálculos causam poucos sintomas ou nenhum, enquanto destroem unidades funcionais (néfrons) do rim; outros, provocam dor e desconforto intensos (GORDIANO et al., 2014).

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é uma síndrome clínica reversível, definida como perda rápida da função renal, com falhas para excretar os produtos residuais nitrogenados e manter a homeostasia hidroeletrolítica. Constitui uma complicação em cerca de 5% das hospitalizações e até 30% das internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A IRA manifesta-se com o aumento na creatinina sérica (o marcador mais usado para avaliação da função renal) e na ureia. As principais etiologias da IRA são a pré-renal (hipoperfusão do rim, cerca de 55%), renal (afeta diretamente o parênquima renal, cerca de 40%) e pós-renal (obstrução do fluxo da urina, cerca de 5%) (SILVA et al., 2016).

Quase todo o sistema orgânico é afetado quando existe falha dos mecanismos reguladores renais normais. De uma forma geral a indicação para reverter a IRA é a terapia substitutiva renal (TSR), processo artificial de remoção de solutos e fluidos em excesso cujos rins em falência não são capazes de excretar. Os rins apresentam uma notável capacidade de se recuperar da agressão. Os objetivos do tratamento da IRA consistem em manter o equilíbrio hidroeletrolítico e a volemia, evitando as complicações até que a reparação do tecido renal e a restauração da função renal possam acontecer (SOUZA et al., 2017).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) consiste na deterioração progressiva e irreversível da função renal, levando o organismo à incapacidade em manter os equilíbrios metabólico e hidroeletrolítico. As principais morbidades associadas ao desenvolvimento da disfunção renal são a hipertensão e o diabetes mellitus. Aproximadamente 90% dos casos diagnosticados de IRC ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento. À medida que a função renal diminui, os



produtos finais do metabolismo proteico (que são normalmente excretados na urina) acumulam-se no sangue (SESSO et al., 2016). No Brasil, o Censo 2017, publicado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, estima que 126.583 pacientes estejam em tratamento dialítico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2017).

A doença cardiovascular é a causa predominante de morte nos pacientes com IRC em estágio terminal. Na fase inicial, as principais medidas terapêuticas que devem ser tomadas são o controle da hipertensão renal e a ingestão restrita de proteínas. Com a progressão da doença, o tratamento é feito com medicamentos que variam de acordo com as complicações e comorbidades apresentadas pelo paciente. No estágio terminal, a sobrevivência do indivíduo está condicionada à utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, tais como hemodiálise e diálise peritoneal ou à realização do transplante renal (SIVIERO et al., 2014).

Atualmente o câncer também tem sido considerado um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Os cânceres do trato urinário incluem aqueles da bexiga urinária; rim e pelve renal; ureteres; e outras estruturas urinárias, como a próstata. Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, por ano. No Brasil, o câncer de próstata é considerado a segunda causa de óbito em homens adultos, sendo superado apenas pelos tumores de pele não melanoma. Os valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos de câncer de próstata a cada 100 mil homens. Existe uma grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. As Regiões Sul e Sudeste são as que apresentam maior incidência do câncer de próstata, seguidas das Regiões Norte e Nordeste (INCA, 2017).

Embora seja uma doença tão comum, por desconhecimento do problema ou mesmo por medo, muitos homens ainda evitam falar sobre o assunto. Entre os sinais e sintomas estão: dificuldade de urinar; hematúria; diminuição no jato da urina; necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite. Como forma de prevenção, é importante adotar práticas saudáveis – não fumar, manter o peso corporal adequado, ter uma alimentação saudável. O aumento na expectativa de vida do brasileiro e a evolução dos métodos diagnósticos podem justificar o aumento nas taxas de incidência do câncer de próstata. Porém a taxa de mortalidade da doença está em queda, em parte, isso se

deve ao fato de estar sendo diagnosticada precocemente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2017).

O paciente com diagnóstico de problema urológico, em geral, apresenta consequências psicológicas, decorrentes do acometimento físico, do potencial de gravidade da doença e do impacto causado nas tarefas rotineiras. Esta condição afeta diretamente a vida em seus aspectos físicos, sociais, psicológicos, ocupacionais, domésticos e sexuais. É essencial, portanto, que o paciente tenha conhecimento sobre sua patologia e que a família demonstre apoio durante todo o processo. Os enfermeiros e a família desempenham papel essencial na identificação dos sintomas e na interação com o paciente, incentivam mudanças comportamentais positivas e melhorias, sobretudo, na qualidade de vida dessa clientela (OLIVEIRA et al., 2018).

#### 4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que organiza o trabalho profissional quanto aos recursos humanos e materiais, além de utilizar instrumentos metodológicos que permitem operacionalizar o Processo de Enfermagem (PE). Este, por sua vez, orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. A SAE traz identidade à ciência da enfermagem, uma vez que aprofunda as discussões sobre a filosofia da profissão e sua relação com a função profissional. A sistematização da assistência deve ser desenvolvida com o objetivo de qualificar a assistência e reduzir os riscos que podem ocorrer na realização da mesma (COFEN, 2009; KRAUZER, 2015).

As teorias e a filosofia da enfermagem dão o subsídio necessário a todas as etapas do PE. Inclusive esses são temas importantes de serem trabalhados durante a graduação, pois é aí que se encontra a formação do pensamento crítico holístico do estudante. A SAE vem sendo aplicada desde Florence Nightingale, porém somente nas últimas décadas este assunto tem sido estudado e praticado no Brasil e no mundo. No Brasil, a teorista mais conhecida e amplamente estudada é Wanda de Aguiar Horta, autora da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que é usada, inclusive, como modelo teórico deste estudo (RIEGEL; CROSSETTI; SIQUEIRA, 2018; BARROS; LOPES, 2010).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício profissional juntamente com o Decreto nº 94.406/1987, instituiu a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro dando início efetivo à sistematização da assistência no país. Posteriormente, em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), apresentou a Resolução nº 272/2002, que mais tarde, em 2009, seria ampliada e reformulada pelo próprio conselho, dando surgimento à Resolução nº 358/2009, que “dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem” (COREN, 2009).

Os profissionais da enfermagem necessitam conhecer a SAE com mais profundidade, com vistas a aplicá-la no seu ambiente de trabalho. O pouco conhecimento acerca da SAE torna-se uma barreira para a implantação e execução desta nas instituições de saúde, uma vez que os profissionais não aderem bem ao processo. Infelizmente, a maior parte desses profissionais desconhece tal ferramenta de trabalho e não a utiliza ou utiliza parte dela, o que afeta a qualidade da assistência e a promoção da autonomia dos usuários (SILVA et al., 2011).

Pesquisadores mostram a importância de se articular teoria e prática profissional, é necessário olhar para o campo e para o ensino, não dá para desarticulá-los, pois a utilização da SAE na prática torna a ciência da enfermagem mais reconhecida e valorizada. Os profissionais enfermeiros devem vincular o exercício da profissão ao planejamento do cuidado, em especial profissionais que atuam em hospitais de ensino, servindo de motivação e exemplo para os futuros profissionais (SILVA et al., 2011).

#### 4.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para que a enfermagem possa oferecer um cuidado eficaz e de qualidade a esses pacientes, é preciso que haja planejamento com base no levantamento de dados, coletando o histórico completo de cada paciente, utilizando-se, para isso, o método científico, denominado Processo de Enfermagem (PE). Este método necessita de uma sustentação teórica para sua realização, como a Teoria das Necessidades Humanas Básicas utilizada no presente estudo (HORTA, 2012).

No Brasil, um marco importante na história do PE foi a publicação do livro “Processo de Enfermagem”, em 1979, pela professora Wanda de Aguiar Horta, teórica

mais influente no país. A partir de então, houve a inserção gradativa desta ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro na prática assistencial e nos currículos dos cursos de graduação (BARROS et al., 2015).

No que diz respeito à legislação profissional, ressalta-se o marco da publicação da Resolução COFEN nº 272/2002, quando o termo PE apareceu pela primeira vez. Anos mais tarde, esta resolução foi ampliada e reformulada pela Resolução COFEN nº 358/2009. A partir desta última, a implementação do PE tornou-se obrigatória em todos os ambientes públicos ou privados onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem (COFEN, 2009).

Somente com a publicação da Resolução COFEN nº 358/2009 houve distinção entre SAE e PE. A referida Resolução considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem, enquanto o PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

Desta forma, o PE está previsto na legislação brasileira e constitui-se em exigência legal. As cinco etapas sequenciais, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, através das quais o PE está organizado, são: coleta de dados (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (HORTA, 2012).

A coleta de dados é realizada de forma sistemática e tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. Para realização da segunda etapa é necessário agrupar e interpretar os dados coletados, através do raciocínio clínico do enfermeiro. O planejamento de enfermagem corresponde à determinação dos resultados que se espera alcançar de acordo com os diagnósticos de enfermagem. A implementação é a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa anterior. A última etapa consiste em um processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas apresentadas (COFEN, 2009).

Algumas dificuldades são evidenciadas durante a operacionalização do PE, como a falta de conhecimento dos enfermeiros acerca da temática. Essa falta de

conhecimento começa na graduação, uma vez que o ensino não tem favorecido a aquisição das habilidades necessárias, passa pela crença de que executar o PE afasta o enfermeiro do paciente, pela insegurança dos profissionais em realizar as atividades relacionadas ao processo, e ainda pela visão que alguns profissionais possuem de que o PE só pode ser bem desenvolvido em ambientes hospitalares (CARVALHO et al., 2007).

Por outro lado, a utilização do PE possibilita uma documentação adequada e eficaz dos dados relacionados às etapas do processo, além de nortear o raciocínio clínico e a tomada de decisão do enfermeiro. Esta documentação serve para avaliar a contribuição da enfermagem para a saúde. O bom uso desta ferramenta confere cientificidade à profissão, proporciona visibilidade às ações da enfermagem e ressalta sua relevância na sociedade (BARROS et al., 2015).

#### 4.5 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM: NANDA-I

Os sistemas de classificação de enfermagem possibilitam a construção de um banco de termos da linguagem específica de enfermagem, ou seja, a construção de uma linguagem padronizada e única que caracterize esta profissão e permita, dentre outras coisas, uma melhor comunicação entre a própria equipe de enfermagem e entre esta e outras equipes (TANNURE; CHIANCA; GARCIA, 2009).

Diversos benefícios podem ser observados com a aplicabilidade dos sistemas de classificação: segurança no planejamento das ações de enfermagem, melhora da comunicação e da qualidade das documentações, maior visibilidade à profissão e a possibilidade de avaliar corretamente as condutas de enfermagem. Ainda assim, a implementação dos sistemas de classificação esbarra em algumas dificuldades, como a resistência apresentada pelos profissionais (FURUYA et al., 2011).

Existem alguns sistemas de classificação na enfermagem, todos eles relacionados ao PE. Os mais utilizados no Brasil são: a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association International* – NANDA-I); a Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC); a Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* – NOC) e a Classificação Internacional para a Prática

de Enfermagem (CIPE®) (TANNURE; CHIANCA; GARCIA, 2009). Para o presente estudo foi escolhido o NANDA-I.

As classificações de diagnósticos, intervenções e resultados têm sido construídas desde a década de 1970. Em 1973, foi realizada a I Conferência Nacional sobre Diagnósticos de Enfermagem, na qual foram classificados os primeiros diagnósticos. Em 1982, na 5ª Conferência, o grupo se denominou *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (BARROS, 2009).

A NANDA-I visa facilitar o desenvolvimento, o aperfeiçoamento, a disseminação e o uso de terminologia padronizada para a enfermagem. Os diagnósticos reforçam os aspectos da prática assistencial, desde a conquista do respeito profissional até a garantia de um registro documental adequado (NANDA-I, 2018).

No início da NANDA-I, os enfermeiros que não residiam na América do Norte eram apenas usuários do sistema. Hoje a situação mudou e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da NANDA-I conta com a contribuição de enfermeiros de diversos países, tendo inclusive recebido mais materiais para análise de fora da América do Norte do que propriamente americanos. Todo este contexto fez com que a organização passasse a ser internacional e modificasse sua nomenclatura de NANDA para NANDA-I, com acréscimo do termo *International* (NANDA-I, 2018). Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I possuem nove edições: 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2015-2017, 2018-2020.

No Brasil, as enfermeiras brasileiras foram apresentadas à NANDA em 1990 pelas enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba. Desde então este tem sido o sistema de classificação mais conhecido e difundido no país, tanto no meio acadêmico quanto na prática clínica, embora outras classificações também tenham ganhado destaque. A NANDA-I foi a primeira classificação utilizada no país e, ao longo desses mais de vinte anos, o número de pesquisas só tem aumentado. A enfermagem tem se conscientizado da importância dos estudos sobre os sistemas de classificação, o que é muito importante, visto que a produção científica nesta área deve ser contínua – termos são incluídos, excluídos, revisados ou modificados ao longo do tempo, reforçando uma linguagem padronizada e fortalecendo a enfermagem enquanto ciência e profissão (MICHEL; BARROS, 2003).

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Para atender ao objetivo proposto, foram utilizados três desenhos de estudo. O primeiro compreendeu uma revisão integrativa. Definida como um método de reunião e síntese de resultados de investigações, um tipo de revisão que contempla o rigor do método característico da pesquisa científica. Esse tipo de investigação requer um padrão de excelência quanto ao rigor metodológico para que seu produto possa trazer contribuições significativas para a ciência e para a prática clínica, informando o leitor, porém sem o sobrecarregar com informações desnecessárias (SOARES et al., 2014).

Dessa forma, o estudo de revisão sintetizou os trabalhos publicados nos últimos dez anos (2009-2018) sobre a temática e, assim, identificou indicadores empíricos que caracterizam as necessidades dos pacientes com problemas urológicos. Associado a essa etapa, para obtenção dos indicadores empíricos, como segundo desenho metodológico, foi também realizado buscas nos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de urologia da Universidade Federal de Sergipe.

O terceiro desenho diz respeito a um estudo metodológico com abordagem quantitativa. A pesquisa metodológica compreende investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Esse tipo de estudo trata do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, geralmente do tipo não experimental e frequentemente focado no desenvolvimento de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2019).

Para realização deste estudo, foram consideradas algumas etapas: 1) Identificação dos indicadores empíricos, realizada mediante o levantamento bibliográfico e análise dos prontuários dos pacientes com problemas urológicos; 2) Validação dos indicadores empíricos pelos juízes selecionados; 3) Estruturação do instrumento a partir das Necessidades Humanas Básicas encontradas na primeira etapa.

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Urologia do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário, Campus da Saúde da Universidade Federal de Sergipe,

localizado na 3ª Região de Saúde no município de Aracaju, onde alguns consultórios são destinados ao Serviço de Urologia.

O Ambulatório de Especialidades está localizado dentro do Campus da Saúde, atende usuários de todo o estado de Sergipe, bem como de outros estados, e conta, em sua estrutura física, com 27 consultórios, uma recepção inicial (abertura de prontuários), cinco recepções de atendimento (Clínica Médica I, Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica, Centro de Reabilitação de Hanseníase, Pediatria e Centro de Pesquisa Biométrica), um arquivo, dois consultórios odontológicos, duas salas de procedimentos de enfermagem e uma sala para exames oftalmológicos especializados.

Os serviços disponíveis no ambulatório vão desde consultas médicas até procedimentos de urologia, ginecologia, dermatologia, alergia e oftalmologia. O atendimento do serviço de urologia é realizado por seis urologistas de segunda-feira à quinta-feira. Os pacientes em uso permanente de sonda de foley comparecem, a cada 21 dias, ao ambulatório para fazer a troca da sonda via uretral ou cistostomia. Estas trocas são realizadas no período da manhã, todas as quartas-feiras. Estima-se que são atendidos, aproximadamente, duzentos pacientes com problemas urológicos por mês.

### 5.3 AMOSTRAS DO ESTUDO

**Amostra 1:** Artigos sobre assistência de enfermagem a pacientes com problemas urológicos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas inglês, espanhol e português, além dos prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de urologia da Universidade Federal de Sergipe.

**Amostra 2:** Para validação dos indicadores empíricos, a amostra foi composta por seis juízes. A seleção dos especialistas foi realizada por meio da Plataforma Lattes.

### 5.4 SISTEMÁTICA DE COLETA

Para a realização do estudo, foram seguidas as seguintes etapas:

**1ª etapa:** Foi caracterizada pelo levantamento dos possíveis indicadores empíricos para o paciente com problema urológico, mediante a revisão integrativa e análise dos prontuários. A revisão integrativa teve a seguinte pergunta norteadora: A partir da



assistência de enfermagem prestada aos pacientes com diagnóstico de doença urológica, quais são os indicadores empíricos que caracterizam as necessidades desses pacientes?

Os artigos foram pesquisados por meio dos seguintes descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Doenças Urológicas; Cuidados de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Assistência Ambulatorial. Para a busca dos artigos foram consultadas as bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Public/Publisher MEDLINE (PubMed).

Com o objetivo de aumentar as especificidades do estudo, foi realizado um cruzamento por pares de descritores. Deste modo, foram realizados seis cruzamentos nas bases supracitadas, que contemplaram os seguintes pares de descritores em cada base: Doenças Urológicas e Cuidados de Enfermagem; Doenças Urológicas e Avaliação em Enfermagem; Doenças Urológicas e Assistência Ambulatorial; Cuidados de Enfermagem e Avaliação em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem e Assistência Ambulatorial e Avaliação em Enfermagem e Assistência Ambulatorial.

Os artigos selecionados obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: artigos primários publicados nos últimos 10 anos que versaram sobre o tema nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, pesquisa com seres humanos, com resumos disponíveis on-line em texto completo. Foram excluídos da pesquisa os artigos duplicados. As publicações encontradas foram avaliadas primeiramente pelo título e resumo e, quando identificadas compatibilidades, foram lidas na íntegra e selecionadas para a próxima etapa.

**2ª etapa:** Ao término de cada leitura, os indicadores empíricos selecionados foram incluídos numa planilha no programa *Excel for Windows 2013*, a fim de se excluir as repetições, com auxílio do programa. Em seguida, os dados coletados foram decompostos em termos simples ou compostos e organizados em uma lista alfabética de indicadores empíricos para serem submetidos ao processo de normalização que consistiu na correção da grafia, gênero, número e grau, além da exclusão das sinonímias, excluindo-se indicadores empíricos que possuíam o mesmo significado que outro. Terminado o processo de normalização e excluídas as repetições, os indicadores empíricos foram incluídos num formulário no programa *Microsoft Word 2013* e submetidos ao processo de validação.

**3ª etapa:** Foi realizada a validação dos indicadores empíricos encontrados. Para este processo, foi encaminhada carta convite por e-mail (Apêndice B) para os juízes selecionados, contendo o objetivo do estudo, a metodologia e a atribuição do juiz na pesquisa. Após aceitação em participar da pesquisa, foram encaminhados, por e-mail, instruções para preenchimento do formulário (Apêndice C), o formulário com os indicadores empíricos encontrados (Apêndice D) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). O prazo estabelecido para avaliação e devolução do formulário com as sugestões foi de 15 dias.

Pode-se considerar um instrumento válido quando ele mede exatamente aquilo que ele se propõe a medir, ou seja, quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo. A validade de conteúdo é fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003).

O instrumento foi analisado por um grupo de seis juízes. Lynn (1986) recomenda o mínimo de cinco e o máximo de dez pessoas participando desse processo. Os juízes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: possuir no mínimo a titulação acadêmica de mestrado; ter experiência com o processo de enfermagem e/ou dedicar-se, direta ou indiretamente, ao cuidado de pacientes com problemas urológicos, seja na assistência, no ensino ou na pesquisa.

Os juízes que aceitaram o convite para participar do processo, assinaram o TCLE e foram orientados a assinalar se concordavam que os indicadores empíricos extraídos dos prontuários e dos artigos eram relevantes para a construção do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia. Ao final, os indicadores empíricos foram analisados quanto à sua frequência considerando-se os que obtiveram um Índice de Concordância (IC) igual ou maior que 0,8.

Para medir o grau de concordância entre os juízes, foi utilizado o IC, método empregado para determinar a porcentagem de concordância entre os juízes e que é calculado através da seguinte fórmula (ALEXANDRE; COLUCI, 2011):

Número de participantes que

$$\text{Índice de Concordância} = \frac{\text{concordaram}}{\text{Número total de participantes}}$$

Para finalizar, os indicadores empíricos validados foram colocados em uma planilha eletrônica em ordem alfabética para estruturação do instrumento.

**4ª etapa:** De posse dos indicadores empíricos coletados e validados a partir das necessidades humanas básicas foi construído o instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia, que foi estruturado de forma a facilitar a sua aplicação, em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi criada uma planilha com os indicadores empíricos considerados relevantes para a clientela, os quais foram analisados por meio do programa *Excel for Windows 2013*, a fim de excluir as repetições. Posteriormente, encaminhados aos juízes, considerando que para confirmação e relevância dos mesmos deveria ser obtido um Índice de Concordância (IC) maior ou igual a 0,8.

## 5.6 AVALIAÇÃO DE RISCOS

Por se tratar de um estudo metodológico, no qual não houve intervenções, os riscos para os participantes foram mínimos, relacionados à possibilidade de quebra de sigilo. Todavia, a garantia do sigilo e do anonimato e a posse exclusiva das informações pela pesquisadora minimizaram este risco, conforme assegura a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5.7 BENEFÍCIOS

O estudo proporcionou para os juízes participantes o aprofundamento e aperfeiçoamento na temática proposta. Para os pacientes, a criação de um instrumento que possibilite a implementação da primeira fase da sistematização da assistência de

enfermagem a pacientes acometidos por problemas urológicos, garantindo o cuidado humanizado e individualizado. Para os profissionais, o direcionamento da assistência e a utilização de uma linguagem unificada no raciocínio clínico e no planejamento das ações. E para a disciplina da enfermagem, a contribuição com o crescimento de um vocabulário próprio e padronizado desta ciência, reforça os aspectos da prática assistencial, desde a conquista do respeito profissional até a garantia de um registro documental adequado. Além disso, a utilização de uma terminologia unificada proporciona maior interação entre a prática e o ensino.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Obedecendo às recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob o seguinte número do parecer 2.418.120.

Todos os participantes do estudo foram informados quanto aos objetivos do mesmo e, aqueles que aceitaram, assinaram o TCLE. Todos receberam uma cópia do mesmo.

## 6 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de acordo com a ordem de execução das etapas, conforme descritas no método.

### 6.1 Revisão integrativa para obtenção de artigos sobre assistência de enfermagem a pacientes com problemas urológicos

A primeira etapa consistiu em uma revisão integrativa para obtenção de indicadores empíricos que caracterizaram as necessidades dos pacientes com problemas urológicos. Nessa etapa, foram encontrados um total de 98.496 artigos, sendo 1.210 na base de dados LILACS, 1.850 na base de dados BDENF, 59.477 na MEDLINE e 35.959 na PubMed. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura dos títulos e resumos, restaram 533 artigos.

Desses 533 artigos, 50 foram excluídos por aparecerem simultaneamente na busca, restando 483 artigos distribuídos da seguinte forma: 42 artigos foram encontrados na base de dados LILACS, 44 na BDENF, 132 na MEDLINE e 265 na PubMed. Após leitura completa dos 483 artigos, foram selecionados 11 para a etapa de identificação dos indicadores empíricos, os quais versavam simultaneamente sobre urologia e enfermagem, sendo seis no idioma português e cinco no idioma inglês. Apesar de ter sido realizada a busca utilizando também os descritores em espanhol, não foi encontrado nenhum artigo sobre o tema nesse idioma. No Quadro 1, encontra-se a descrição dos artigos selecionados para identificação dos indicadores empíricos.

Quadro 1 - Descrição dos artigos selecionados para identificação dos indicadores empíricos relevantes para a prática de enfermagem relacionada aos pacientes com problemas urológicos. Aracaju, 2018.

Base de Dados	Título do Artigo	Objeto de Pesquisa	Método	Revista (ano)
LILACS	A família no contexto ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos	A compreensão das mudanças e adaptações no contexto familiar da pessoa com nefropatia diabética	Pesquisa etnográfica	Esc Anna Nery Rev de Enferm (2008)
LILACS	Avaliação de sintomas do paciente com câncer de bexiga	A identificação dos sintomas dos pacientes com câncer de bexiga sob cuidados paliativos	Estudo de caso	Cogitare Enfermagem (2017)

	em cuidados paliativos: estudo de caso			
LILACS	Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise	A avaliação dos cuidados de enfermagem no serviço de hemodiálise com base em metas internacionais de segurança do paciente	Pesquisa descritiva	Cogitare Enfermagem (2017)
LILACS	Tratamento com diálise peritoneal: a prática do autocuidado no contexto familiar	A compreensão das dificuldades enfrentadas pelos pacientes ao realizar a diálise peritoneal ambulatorial contínua no domicílio	Pesquisa descritiva	Rev Enferm UERJ (2015)
MEDLINE	Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates	A compreensão da qualidade de vida experimentada por pessoas ostomizadas	Pesquisa qualitativa	British Journal of Nursing (2016)
PubMed	Dialysis and fatigue: implications for nurses – a case study analysis	A compreensão de como os pacientes submetidos à diálise descrevem e experimentam a fadiga	Estudo de caso	Medsurg Nursing (2012)
PubMed	Clinical validation of the nursing diagnosis of ineffective protection in haemodialysis patients	A avaliação da validade clínica dos indicadores do diagnóstico de enfermagem “proteção ineficaz” em pacientes hemodialíticos	Pesquisa metodológica	Journal of Clinical Nursing (2017)
PubMed	Validation of the self-confidence scale of nursing care in urinary retention	A validação de instrumento para mensurar a autoconfiança na assistência de enfermagem na retenção urinária	Pesquisa metodológica	Rev Latino-Am Enfermagem (2015)
PubMed	Prevention of catheter-associated urinary tract infection: implementation strategies of international guidelines	A implementação de medidas utilizadas pelos profissionais de saúde para prevenção de infecção urinária relacionada ao cateter	Revisão Sistemática	Rev Latino-Am Enfermagem (2016)

BDENF	Análise das principais complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica	A investigação das complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica	Pesquisa descritivo-exploratória, retrospectiva e documental	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (2014)
BDENF	Atividade física, de lazer e avaliação da saúde na perspectiva de usuários em hemodiálise	A caracterização e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos que hemodializam	Pesquisa quantitativa, analítica, descritiva e transversal	Journal of Research Fundamental Care Online (2015)

## **6.2 Identificação dos indicadores empíricos relevantes para a prática de enfermagem relacionada aos pacientes com problemas urológicos, extraídos dos artigos selecionados na revisão integrativa**

Após realização de nova leitura dos 11 artigos selecionados na revisão integrativa, foram extraídos desses artigos 847 indicadores empíricos considerados relevantes para a prática de enfermagem relacionada aos pacientes com problemas urológicos.

## **6.3 Identificação dos indicadores empíricos relevantes para a prática de enfermagem relacionada aos pacientes com problemas urológicos, extraídos dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de urologia da Universidade Federal de Sergipe**

Nesta etapa foi realizada análise dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de urologia da Universidade Federal de Sergipe. Procedeu-se a análise de 250 prontuários existentes no setor de arquivo do referido ambulatório. Desses foram extraídos 1090 indicadores empíricos considerados relevantes para esta clientela.

## **6.4 Validação dos indicadores empíricos relevantes para os cuidados de enfermagem aos pacientes com problemas urológicos, extraídos dos artigos e dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de urologia da Universidade Federal de Sergipe**

Para essa etapa, foram incluídos em uma planilha um total de 1.937 indicadores empíricos considerados relevantes, retirados dos artigos e dos prontuários dos pacientes. Após submissão dos indicadores ao processo de normalização, exclusão das repetições e dos indicadores médicos, foram obtidos 883 indicadores.

Com o intuito de concluir essa etapa, os 883 indicadores empíricos foram pareados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e incluídos em um formulário (APÊNDICE D), a seguir submetidos ao processo de validação.

Quanto ao pareamento de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, os indicadores contemplaram 15 necessidades psicobiológicas, 12 necessidades psicossociais e uma necessidade psicoespiritual. Em relação à necessidade psicobiológica, a de eliminação apresentou maior número de indicadores empíricos, enquanto a necessidade psicossocial teve como maior número de indicadores empíricos a necessidade de aprendizagem. Ao final, 331 indicadores empíricos foram validados, dos quais 254 (76,7%) pertencem às necessidades psicobiológicas, 75 (22,7%) necessidades psicossociais e dois (0,6%), às necessidades psicoespirituais.

O Quadro 2 mostra o pareamento dos indicadores empíricos encontrados e validados, relevantes para a prática de enfermagem relacionada aos pacientes com problemas urológicos, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda A. Horta, organizados em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Quadro 2 - Pareamento dos indicadores empíricos encontrados e validados, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda A. Horta. Aracaju, 2018.

<b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS/INDICADORES EMPÍRICOS</b>	<b>Índice de Concordância (IC)</b>
<b>Regulação Neurológica</b>	
Confusão mental	0,83
Alteração no nível de consciência	1,00
Mal-estar geral	0,83
Lesão medular	0,83
Lesão cerebral	1,00



Náuseas	0,83
Alteração na função cognitiva	1,00
<b>Oxigenação</b>	
Inquietação	0,83
Irritabilidade	0,83
Alterações no padrão respiratório	0,83
Taquipneia	0,83
Padrão respiratório anormal	0,83
Ruídos adventícios respiratórios	0,83
Ansiedade	1,00
<b>Regulação Vascular</b>	
Diminuição da perfusão renal	1,00
Diminuição da taxa de filtração glomerular	1,00
Cardiopatias	0,83
Dor precordial	0,83
Ritmo cardíaco alterado	0,83
<b>Regulação Térmica</b>	
Febre	0,83
Calafrios	0,83
Sudorese	0,83
<b>Nutrição</b>	
IMC aumentado	0,83
Falta de apetite	0,83
Astenia	0,83
Desnutrição	0,83
Necessidade de terapia enteral ou parenteral	0,83
Ganho de peso em curto período de tempo	0,83
<b>Hidratação e Eletrolítica</b>	
Hipovolemia	1,00
Risco de equilíbrio eletrolítico	1,00
Fístula arteriovenosa (FAV)	0,83
Cateter para diálise peritoneal	1,00
Baixa ingestão hídrica	1,00
Restrição líquida	1,00
Anasarca	1,00
Edema	1,00
Edema periférico	0,83
Distúrbio hidroeletrólítico	1,00
Desidratação	1,00
Hidratação	1,00
Sensação de boca seca	0,83
Garganta seca	0,83
Polidipsia	0,83
Problemas metabólicos	1,00
Edema pulmonar	0,83
Congestão pulmonar	0,83
Alteração da função metabólica	0,83
Hemorragia	1,00

Distúrbios ácidos-básicos	1,00
Pele ressecada	1,00
Barreira ao acesso a líquidos	1,00
Sangramento via anal, vaginal e uretral de grande volume com presença de coágulos	0,83
Hematócrito diminuído	1,00
Hemoglobina diminuída	1,00
<b>Eliminação</b>	
Polaciúria	1,00
Doença renal	0,83
Urgência urinária	0,83
Urina turva com odor desagradável	1,00
Má formação da uretra	0,83
Hematúria	1,00
Sensibilidade na região lombar (sinal de Giordano)	1,00
Uso de cateter urinário (SVD)	1,00
Vômitos	1,00
Dor em flanco	0,83
Bexiga distendida, tensa e dolorosa	0,83
Capacidade de urinar insatisfatória	1,00
Infecção do trato urinário	1,00
Incontinência urinária	1,00
Disfunções fisiológicas secundárias à cirurgia de estomização	0,83
Bacteriúria	1,00
Piúria	1,00
Doença renal crônica	0,83
Abscesso renal ou fibrose	0,83
Lesão renal aguda	0,83
Retenção urinária	1,00
Cálculo renal	1,00
Uretra mais curta	0,83
Uretra mais longa	0,83
Desconforto abdominal	0,83
Aumento da sensibilidade sobre a sínfise púbica	0,83
Disfunção renal	1,00
Falência renal	1,00
Duração do tempo de uso do cateterismo vesical de demora	1,00
Trauma da uretra	1,00
Redução do volume urinário	1,00
Necessidade dialítica	0,83
Dor relacionada com o cateter	1,00
Obstrução da uretra	1,00
Refluxo do conteúdo da bolsa coletora	0,83
Dor no abdômen inferior	0,83
Noctúria	1,00
Disúria	1,00
Risco de infecção urinária	1,00

Oligúria	1,00
Manipulação do trato urinário	1,00
Fixação inadequada da SVD	1,00
Reeducação vesical	0,83
Dor pélvica	0,83
Atrofia urogenital	1,00
Atrofia renal após trauma renal	1,00
Nefrectomia	1,00
Urgência miccional	1,00
Cistostomia	1,00
Interrupção do jato urinário	1,00
Poliúria	0,83
Jato urinário fraco	1,00
Dificuldade de esvaziamento urinário	1,00
Perda contínua de urina	1,00
Frequência urinária alterada	0,83
Lesão perirrenal	1,00
Hemodiálise	1,00
Diminuição da produção de urina	1,00
Uremia	1,00
Transbordamento urinário	0,83
ITU de repetição	0,83
ITU de repetição por uso de SVD	0,83
Sangramento após retirada da sonda; dor durante procedimento (troca de SVD)	0,83
Pequeno sangramento em óstio (cistostomia)	0,83
Lesão de uretra após trauma pélvico	0,83
Dor ao introduzir nova sonda em cistostomia	1,00
Exsudato purulento em meato urinário	1,00
Cólica nefrítica	0,83
Volume urinário	1,00
Autocateterismo	0,83
Fístula vesical	1,00
Alteração do aspecto urinário (referente à densidade, cor, odor)	1,00
Vazamento de diurese pela uretra mesmo com a sonda	1,00
Dor em região supra púbica	1,00
Orifício com bastante exsudato mucopurulento	0,83
Bexigoma	1,00
Óstio com sinais flogísticos e exsudato	0,83
Perda de sonda após tracionamento acidental	1,00
Sonda em coto peniano; penectomizado (por CA de glândula)	0,83
Orientado a não abrir o sistema (paciente desconectando coletor)	0,83
Presença de sinais flogísticos na cistostomia; bolsa coletora vazando	1,00
Presença de exsudato purulento em extremidade da	0,83

sonda	
Ausência de retorno de urina por sonda inserida em coto peniano	0,83
Dilatação uretral com sondas	1,00
Falso meato centralizado e meato verdadeiro na base do prepúcio	1,00
Ferida no pênis	1,00
Estreitamento uretral e vaginal por radioterapia	1,00
Lesão uretral	1,00
Cólica na passagem da sonda	1,00
Estenose de uretra	1,00
Dor de forte intensidade durante passagem da sonda em cistostomia	1,00
Secreção purulenta de odor fétido no meato uretral	1,00
Diarreia com sangue	0,83
Resistência na passagem da sonda	1,00
Tumor renal	1,00
Dificuldade para urinar	0,83
Perda da função renal	1,00
Percurso apresentando resistência (sonda cistostomia)	1,00
Retorno urinário involuntário após retirada da sonda em cistostomia via orifício	1,00
Uso de fralda	0,83
Uso de absorvente por incontinência urinária	0,83
Queda da função renal	0,83
Dificuldade de urinar após retirada da SVD	1,00
Urgincontinência após retirada da SVD	1,00
Esforço miccional e micção explosiva	1,00
Sensação de urina incompleta	1,00
Insuficiência renal	1,00
Dor leve ao passar sonda; esforço urinário	1,00
Perda urinária espontânea	1,00
Óstio hiperemiado e friável	0,83
Dor na retirada da sonda (cistostomia)	0,83
Dificuldade para desinsuflar o balão	0,83
Dor na região do estoma	0,83
Urina em jato partido	1,00
Desconexão acidental de bolsa coletora	0,83
Complexidade referentes ao processo fisiopatológico renal e seu tratamento	1,00
Grau de insuficiência	0,83
Tratamento dialítico	0,83
Glicosúria	0,83
Expressa desejo de melhorar a eliminação urinária	1,00
Distensão abdominal	0,83
Quadro algico severo em região supra púbica	0,83
Enfraquecimento da musculatura pélvica	0,83
Colapso da pele perineal	0,83
Fibrose retroperitoneal e encarceramento do ureter	1,00

Disfunções anatômicas	1,00
Mal-formações congênitas	1,00
Ascite	0,83
Hipercalcemia	1,00
Hipercapnia	0,83
Hipocalcemia	0,83
Hiperfosfatemia	0,83
Acumulação de resíduos nitrogenados	0,83
Instabilização dos níveis de eritropoietina	0,83
Aumento da creatinina	1,00
Fluxo urinário obstruído	1,00
Má-formação congênita do meato urinário	1,00
Diurese residual	1,00
Filtração extracorpórea	0,83
Jato de urina fraco e gotejante	1,00
Insuficiência renal	1,00
Disfunção da eliminação urinária	0,83
Eliminação urinária alterada	0,83
Frequente perda de urina	0,83
Jato urinário fracionado	1,00
Sangramento em óstio de cistostomia	0,83
Jato urinário intermitente	1,00
Distensão da bexiga	0,83
Espasmo da bexiga	0,83
Uso prolongado de cateter urinário	1,00
Cateterizações múltiplas	1,00
Procedimento cirúrgico	0,83
Procedimento invasivo	0,83
<b>Imunológica</b>	
Imunossupressão	0,83
<b>Percepção dos Órgãos dos Sentidos: Visual, Olfativa, Auditiva, Gustativa, Tátil e Dolorosa</b>	
Deficiência visual	0,83
<b>Integridade Física e Cutâneo Mucosa</b>	
Cicatriz abdominal após nefrectomia	0,83
Lesão por pressão ocasionada pela fixação da sonda	0,83
Lesão peniana	0,83
<b>Sono e Repouso</b>	
Falta de energia	0,83
Padrão de sono perturbado	0,83
Sonolência diurna	0,83
Sono interrompido	0,83
Insônia	0,83
Sensação de cansaço	0,83
<b>Cuidado Corporal</b>	
Banho com auxílio	0,83
Higiene inadequada	0,83
Hábitos de higiene íntima ineficazes	0,83

Odor fétido em genitália	0,83
Banho de assento	0,83
Capacidade para autocuidado	0,83
Más condições de higiene	0,83
Uso de fralda	0,83
Dentes amarelados	0,83
Déficit de autocuidado	0,83
<b>Exercício e Atividade Física</b>	
Perda de movimentação dos MMII	0,83
Paraplégico	1,00
Incapacidade física	0,83
Força muscular insuficiente	0,83
Prejuízo musculoesquelético	0,83
Prejuízos neuromusculares	0,83
Fratura	0,83
Perda de movimento voluntário das extremidades superiores ou inferiores	0,83
Hemiplegia	1,00
Mobilidade prejudicada	0,83
Imobilidade	1,00
Diminuição da capacidade física	0,83
Capacidade funcional diminuída	0,83
Risco de queda	1,00
Trauma raquimedular	1,00
<b>Sexualidade</b>	
Aumento da próstata	1,00
Eritema em glândula	0,83
Lesão em prepúcio	0,83
Perda de urina à manobra de Valsalva	0,83
Edema em prepúcio	0,83
Presença de ISTs	0,83
Ardor às ejaculações	0,83
Problemas da próstata	1,00
Neoplasia de próstata	0,83
Cirurgia de próstata	1,00
<b>Regulação Hormonal</b>	
Hiperglicemia	0,83
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS/INDICADORES EMPÍRICOS</b>	
<b>Índice de Concordância (IC)</b>	
<b>Amor e Aceitação</b>	
Estimular a aceitação da doença e do tratamento por parte da família	0,83
Bem-estar psicológico	0,83
<b>Atenção</b>	
Sente-se sozinho(a), desestimulado(a) e até desamparado(a)	0,83
Necessidade de escuta atenciosa e qualificada	0,83

<b>Gregária</b>	
Isolamento social	0,83
<b>Comunicação</b>	
Poliqueixoso(a) e com dificuldade para relatar sintomas	0,83
Habilidade de comunicação ineficaz	0,83
<b>Autoestima e Autoimagem</b>	
Autorrepugnância e vergonha do novo corpo	0,83
Ressignificação de sua autoimagem e autoconceito	0,83
Diminuição da autoestima	0,83
Desconforto quanto ao uso das sondas, sensação de dor e vergonha	0,83
Baixa autoestima situacional	1,00
Choro fácil	0,83
Constrangimento	0,83
Depressão	0,83
Vergonha	0,83
Descontentamento com a vida devido à incontinência urinária	0,83
<b>Segurança Emocional</b>	
Ansioso pela retirada definitiva da sonda	1,00
Angústia	0,83
Confiança prejudicada	0,83
Nervosismo	1,00
Angústia psicossocial	0,83
Insatisfeito pela não realização do procedimento cirúrgico (retirada definitiva)	0,83
Fragilidade	0,83
Perturbação emocional	0,83
<b>Aprendizagem</b>	
Educação para o autocuidado	1,00
Conhecimento deficiente em relação aos cuidados necessários no domicílio após a cirurgia	0,83
Abordagem calma e segura; conhecimento	0,83
Medo e ansiedade por falta de conhecimento	1,00
Fornecimento de informações e apoio	0,83
Barreiras à aprendizagem	0,83
Motivação para aprender	0,83
Desenvolvimento de novos conhecimentos, atitudes, comportamentos e habilidades ante a sua nova condição de vida	0,83
Disfunção cognitiva (alteração na função cognitiva)	0,83
Comprometimento cognitivo	1,00
Orientação sobre insuficiência renal crônica	0,83
Preparo de pacientes para alta hospitalar	0,83
Informação insuficiente	1,00
Orientações sobre horários de medicamentos	0,83
Orientações para o banho	0,83
Orientações sobre curativo	0,83

Orientações para o autocuidado	0,83
<b>Terapêutica</b>	
Barreira financeira	0,83
Insuficiência de recursos	0,83
Dificuldade com o regime prescrito	0,83
Não aceitação de medicamentos	0,83
Medo do tratamento	0,83
Medo do estoma	0,83
Mudança de estilo de vida	0,83
Falta de interesse em tomar medicamentos (motivação insuficiente)	0,83
Compreensão do tratamento	0,83
Reabilitação	0,83
<b>Liberdade</b>	
Autonomia	1,00
Tetraplegia	1,00
Paraplegia	1,00
Liberdade de escolha	0,83
Perda de autonomia	0,83
Não poder trabalhar fora de casa	0,83
Respeito à autonomia e à dignidade	0,83
Dependência funcional	1,00
Crenças e valores	1,00
Hemiparesia	0,83
<b>Recreação e Lazer</b>	
Indisposição	0,83
Paciente relata não realização de lazer por conta da insuficiência renal crônica	0,83
<b>Criatividade</b>	
SEM INDICADORES ENCONTRADOS	
<b>Auto realização</b>	
Motivação/frustração	0,83
Perda de autoconfiança	0,83
Confiança	1,00
<b>Espaço e Meio Ambiente</b>	
Problemas de acomodação	0,83
Organização familiar insuficiente	0,83
Privacidade insuficiente	0,83
Barreira ambiental	0,83
Limpeza do ambiente	0,83
Bem-estar ambiental	0,83
Conforto	1,00
Desconforto	1,00
<b>NECESSIDADE PSICOESPIRITUAL/INDICADORES EMPÍRICOS</b>	<b>Índice de Concordância (IC)</b>
<b>Religiosidade/Espiritualidade</b>	



Bem-estar espiritual	1,00
Gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança	1,00

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2018.

Após a identificação e validação dos indicadores empíricos considerados significativos para a construção do instrumento aos pacientes com diagnósticos de problemas urológicos atendidos no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, obteve-se o instrumento, descrito a seguir.

### Instrumento para Consulta de Enfermagem a Pacientes com Problemas Urológicos

<b>1. IDENTIFICAÇÃO:</b>	
Nome _____	Idade: _____
Sexo: M _____ F _____ Estado Civil: _____	Data de nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____	Religião: _____ Procedência: _____
Profissão: _____	Ocupação: _____
Endereço: _____	
<b>2. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:</b>	
_____	
_____	
<b>3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / QUEIXA ATUAL:</b>	
_____	
_____	
<b>4. USO DE MEDICAMENTOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS):</b>	
_____	
<b>5. DADOS ANTROPOMÉTRICOS E SINAIS VITAIS:</b>	
T _____ °C FC _____ bpm FR _____ irpm PA _____ / _____ mmHg P _____ bpm Altura _____ cm Peso _____ Kg	
CA _____ cm IMC _____ HGT de jejum _____ mg/dl	
<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>	
<b>Oxigenação</b>	
( ) Alterações no padrão respiratório ( ) Ansiedade ( ) Inquietação ( ) Irritabilidade ( ) Padrão respiratório anormal ( ) Ruídos adventícios respiratórios ( ) Taquipneia	
<b>Regulação Neurológica</b>	
( ) Alteração na função cognitiva ( ) Alteração no nível de consciência ( ) Confusão mental ( ) Lesão cerebral ( ) Lesão medular ( ) Mal-estar geral ( ) Náuseas	
<b>Regulação Vascular</b>	
( ) Cardiopatia ( ) Diminuição da perfusão renal ( ) Diminuição da taxa de filtração glomerular ( ) Dor precordial ( ) Ritmo cardíaco alterado	
<b>Regulação Térmica</b>	
( ) Calafrios ( ) Febre ( ) Sudorese	
<b>Nutrição</b>	
( ) Astenia ( ) Desnutrição ( ) Falta de apetite ( ) Ganho de peso em curto período de tempo ( ) IMC aumentado ( ) Náusea ( ) Necessidade de terapia enteral ou parenteral	
<b>Hidratação e Eletrolítica</b>	
( ) Alteração da função metabólica ( ) Anasarca ( ) Baixa ingestão hídrica ( ) Barreira ao acesso a líquidos ( ) Cateter para diálise peritoneal ( ) Congestão pulmonar ( ) Desidratação ( ) Distúrbios ácido-básicos ( ) Distúrbio hidroeletrólítico ( ) Edema ( ) Edema periférico ( ) Edema pulmonar ( ) Fístula arteriovenosa (fav) ( ) Garganta seca ( ) Hematócrito diminuído ( ) Hemoglobina diminuída ( ) Hemorragia ( ) Hidratação ( ) Hipovolemia ( ) Pele ressecada ( ) Polidipsia ( ) Problemas metabólicos ( ) Restrição líquida ( ) Risco de desequilíbrio eletrolítico ( ) Sangramento via anal, vaginal e uretral de grande volume com presença de coágulos ( ) Sensação de boca seca	
<b>Eliminação</b>	
( ) Abscesso renal ou fibrose ( ) Acumulação de resíduos nitrogenados ( ) Alteração do aspecto urinário (referente à densidade, cor, odor) ( ) Ascite ( ) Atrofia renal após trauma renal ( ) Atrofia urogenital ( ) Aumento da creatinina ( )	

Aumento da sensibilidade sobre a sínfise púbica ( ) Ausência de retorno de urina por sonda inserida em coto peniano ( ) Autocateterismo ( ) Bacteriúria ( ) Bexiga distendida, tensa e dolorosa ( ) Bexigoma ( ) Cálculo renal ( ) Capacidade de urinar insatisfatória ( ) Cateterizações múltiplas ( ) Cistostomia ( ) Colapso da pele perineal ( ) Cólica na passagem da sonda ( ) Cólica nefrítica ( ) Complexidade referentes ao processo fisiopatológico renal e seu tratamento ( ) Desconexão acidental de bolsa coletora ( ) Desconforto abdominal ( ) Diarreia com sangue ( ) Dificuldade de esvaziamento urinário ( ) Dificuldade de urinar após retirada da SVD ( ) Dificuldade para desinsuflar o balão ( ) Dificuldade para urinar ( ) Dilatação uretral com sondas ( ) Diminuição da produção de urina ( ) Disfunção da eliminação urinária ( ) Disfunção renal ( ) Disfunções anatômicas ( ) Disfunções fisiológicas secundárias à cirurgia de estomização ( ) Distensão abdominal ( ) Distensão da bexiga ( ) Disúria ( ) Diurese residual ( ) Doença renal ( ) Doença renal crônica ( ) Dor ao introduzir nova sonda em cistostomia ( ) Dor de forte intensidade durante passagem da sonda em cistostomia ( ) Dor em flanco ( ) Dor em região supra púbica ( ) Dor leve ao passar sonda; esforço urinário ( ) Dor na região do estoma ( ) Dor no abdômen inferior ( ) Dor pélvica ( ) Dor relacionada com o cateter ( ) Duração do tempo de uso do cateterismo vesical de demora ( ) Eliminação urinária alterada ( ) Enfraquecimento da musculatura pélvica ( ) Esforço miccional e micção explosiva ( ) Espasmo da bexiga ( ) Estenose de uretra ( ) Estreitamento uretral e vaginal por radioterapia ( ) Expressa desejo de melhorar a eliminação urinária ( ) Exsudato purulento em meato urinário ( ) Falência renal ( ) Falso meato centralizado e meato verdadeiro na base do prepúcio ( ) Ferida no pênis ( ) Fibrose retroperitoneal e encarceramento do ureter ( ) Filtração extracorpórea ( ) Fístula vesical ( ) Fixação inadequada da SVD ( ) Fluxo urinário obstruído ( ) Frequência urinária alterada ( ) Frequentes perdas de urina ( ) Glicosúria ( ) Grau de insuficiência ( ) Hematúria ( ) Hemodiálise ( ) Hipercalemia ( ) Hipercalemia ( ) Hiperfosfatemia ( ) Hipocalcemia ( ) Infecção do trato urinário ( ) Instabilização dos níveis de eritropoietina ( ) Insuficiência renal ( ) Interrupção do jato urinário ( ) ITU de repetição ( ) ITU de repetição por uso de SVD ( ) Jato de urina fraco e gotejante ( ) Jato urinário fracionado ( ) Jato urinário fraco ( ) Jato urinário intermitente ( ) Lesão de uretra após trauma pélvico ( ) Lesão perirrenal ( ) Lesão renal aguda ( ) Lesão uretral ( ) Má-formação congênita do meato urinário ( ) Má formação da uretra ( ) Mal-formações congênitas ( ) Manipulação do trato urinário ( ) Necessidade dialítica ( ) Nefrectomia ( ) Noctúria ( ) Obstrução da uretra ( ) Oligúria ( ) Orientado a não abrir o sistema (paciente desconectando coletor) ( ) Orifício com bastante exsudato mucopurulento ( ) Óstio com sinais flogísticos e exsudato ( ) Óstio hiperemiado e friável ( ) Dor na retirada da sonda (cistostomia) ( ) Pequeno sangramento em óstio (cistostomia) ( ) Percurso apresentando resistência (sonda cistostomia) ( ) Perda contínua de urina ( ) Perda da função renal ( ) Perda de sonda após tracionamento acidental ( ) Perda urinária espontânea ( ) Piúria ( ) Polaciúria ( ) Poliúria ( ) Presença de exsudato purulento em extremidade da sonda ( ) Presença de sinais flogísticos na cistostomia; bolsa coletora vazando ( ) Procedimento cirúrgico ( ) Procedimento invasivo ( ) Quadro algico severo em região supra púbica ( ) Queda da função renal ( ) Redução do volume urinário ( ) Reeducação vesical ( ) Refluxo do conteúdo da bolsa coletora ( ) Resistência na passagem da sonda ( ) Retenção urinária ( ) Retorno urinário involuntário após retirada da sonda em cistostomia via orifício ( ) Risco de infecção urinária ( ) Sangramento após retirada da sonda; dor durante procedimento (troca de SVD) ( ) Sangramento em óstio de cistostomia ( ) Secreção purulenta de odor fétido no meato uretral ( ) Sensação de urina incompleta ( ) Sensibilidade na região lombar (sinal de Jordano) ( ) Sonda em coto peniano; penectomizado (por CA de glândula) ( ) Transbordamento urinário ( ) Tratamento dialítico ( ) Trauma da uretra ( ) Tumor renal ( ) Uremia ( ) Uretra mais curta ( ) Uretra mais longa ( ) Urgência miccional ( ) Urgência urinária ( ) Urgincontinência após retirada da SVD ( ) Urina em jato partido ( ) Urina turva com odor desagradável ( ) Uso de cateter urinário (SVD) ( ) Uso de absorvente por incontinência urinária ( ) Uso de fralda ( ) Uso prolongado de cateter urinário ( ) Vazamento de diurese pela uretra mesmo com a sonda ( ) Volume urinário ( ) Vômitos

#### **Imunológica**

( ) Imunossupressão

#### **Percepção visual, auditiva, olfativa, gustativa, tátil, dolorosa**

( ) Deficiência visual

#### **Integridade Física e Cutâneo Mucosa**

( ) Cicatriz abdominal após nefrectomia ( ) Lesão peniana ( ) Lesão por pressão ocasionada pela fixação da sonda

#### **Sono e Repouso**

( ) Falta de energia ( ) Insônia ( ) Padrão de sono perturbado ( ) Sensação de cansaço ( ) Sono interrompido ( ) Sonolência diurna

#### **Cuidado Corporal**

( ) Banho com auxílio ( ) Banho de assento ( ) Capacidade para autocuidado ( ) Déficit de autocuidado ( ) Dentes amarelados ( ) Hábitos de higiene íntima ineficazes ( ) Higiene inadequada ( ) Más condições de higiene ( ) Odor fétido em genitália ( ) Uso de fralda

#### **Exercício e Atividade Física (Mecânica Corporal, Motilidade e Locomoção)**

( ) Capacidade funcional diminuída ( ) Diminuição da capacidade física ( ) Força muscular insuficiente ( ) Fratura ( ) Hemiplegia ( ) Imobilidade ( ) Incapacidade física ( ) Mobilidade prejudicada ( ) Paraplégico ( ) Perda de movimentação dos MMII ( ) Perda de movimento voluntário das extremidades superiores ou inferiores ( ) Prejuízo musculoesquelético ( ) Prejuízos neuromusculares ( ) Risco de queda ( ) Trauma raquimedular

#### **Sexualidade**

( ) Ardor às ejaculações ( ) Aumento da próstata ( ) Cirurgia de próstata ( ) Edema em prepúcio ( ) Eritema em glândula ( ) Lesão em prepúcio ( ) Neoplasia de próstata ( ) Perda de urina à manobra de Valsalva ( ) Presença de ISTs ( ) Problemas da próstata

#### **Regulação hormonal**

( ) Hiperglicemia

#### **Amor e Aceitação**

☐ Bem-estar psicológico ☐ Estimular a aceitação da doença e do tratamento por parte da família

#### **Atenção**

☐ Necessidade de escuta atenciosa e qualificada ☐ Sente-se sozinho(a), desestimulado(a) e até desamparado(a)

#### **Gregária**

☐ Isolamento social

#### **Comunicação**

☐ Habilidade de comunicação ineficaz ☐ Poliqueixoso(a) e com dificuldade para relatar sintomas

#### **Autoestima e Autoimagem**

☐ Autorrepugnância e vergonha do novo corpo ☐ Baixa autoestima situacional ☐ Choro fácil ☐ Constrangimento ☐ Depressão ☐ Descontentamento com a vida devido à incontinência urinária ☐ Diminuição da autoestima ☐ Desconforto quanto ao uso das sondas, sensação de dor e vergonha ☐ Ressignificação de sua autoimagem e autoconceito ☐ Vergonha

#### **Segurança Emocional**

☐ Angústia ☐ Angústia psicossocial ☐ Ansioso pela retirada definitiva da sonda ☐ Confiança prejudicada ☐ Fragilidade ☐ Insatisfeito pela não realização do procedimento cirúrgico (retirada definitiva) ☐ Nervosismo ☐ Perturbação emocional

#### **Aprendizagem**

☐ Abordagem calma e segura; conhecimento ☐ Barreiras à aprendizagem ☐ Comprometimento cognitivo ☐ Conhecimento deficiente em relação aos cuidados necessários no domicílio após a cirurgia ☐ Desenvolvimento de novos conhecimentos, atitudes, comportamentos e habilidades ante a sua nova condição de vida ☐ Disfunção cognitiva (alteração na função cognitiva) ☐ Educação para o autocuidado ☐ Fornecimento de informações e apoio ☐ Informação insuficiente ☐ Medo e ansiedade por falta de conhecimento ☐ Motivação para aprender ☐ Orientação sobre insuficiência renal crônica ☐ Orientações para o autocuidado ☐ Orientações para o banho ☐ Orientações sobre curativo ☐ Orientações sobre horários de medicamentos ☐ Preparo de pacientes para alta hospitalar

#### **Terapêutica**

☐ Barreira financeira ☐ Compreensão do tratamento ☐ Dificuldade com o regime prescrito ☐ Falta de interesse em tomar medicamentos (motivação insuficiente) ☐ Insuficiência de recursos ☐ Medo do estoma ☐ Medo do tratamento ☐ Mudança de estilo de vida ☐ Não aceitação de medicamentos ☐ Reabilitação

#### **Liberdade**

☐ Autonomia ☐ Crenças e valores ☐ Dependência funcional ☐ Hemiparesia ☐ Liberdade de escolha ☐ Não poder trabalhar fora de casa ☐ Paraplegia ☐ Perda de autonomia ☐ Respeito à autonomia e à dignidade ☐ Tetraplegia

#### **Recreação e Lazer**

☐ Indisposição ☐ Paciente relata não realização de lazer por conta da insuficiência renal crônica

#### **Autorrealização**

☐ Confiança ☐ Motivação/frustração ☐ Perda de autoconfiança

#### **Espaço e Meio Ambiente**

☐ Barreira ambiental ☐ Bem-estar ambiental ☐ Conforto ☐ Desconforto ☐ Limpeza do ambiente ☐ Organização familiar insuficiente ☐ Privacidade insuficiente ☐ Problemas de acomodação

#### **Religiosidade /Espiritualidade**

☐ Bem-estar espiritual ☐ Gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança

#### **6. IMPRESSÕES DO(A) ENFERMEIRO(A) / INTERCORRÊNCIAS OU OBSERVAÇÕES**

---

---

---

---

---

---

---

---

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 7 DISCUSSÃO

Para atender aos objetivos propostos, procedeu-se à etapa inicial de identificação dos indicadores empíricos. Essa etapa foi realizada por meio de uma revisão integrativa e da busca em prontuários do ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Sergipe.

Vale ressaltar que muitas vezes os registros de enfermagem nos prontuários são resumidos e pontuais, o que reforça a importância de utilizar métodos distintos de levantamento dos indicadores.

Da mesma forma, estudo que objetivou elaborar um instrumento de coleta de dados para pacientes adultos atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, utilizou como forma de identificação dos indicadores empíricos a revisão integrativa e a análise dos prontuários (TORRES, 2014).

Em relação à busca dos indicadores nos prontuários, essa prática torna-se relevante devido à necessidade de construirmos, para a clientela em estudo, um vocabulário próprio para a enfermagem, visto que é o local onde os enfermeiros registram diariamente as demandas apresentadas pelos pacientes e as ações realizadas pela equipe a fim de minimizá-las (TANNURE; CHIANCA; GARCIA, 2009). Porém o sucesso com esse tipo de pesquisa depende da qualidade da escrita de quem registrou o cuidado prestado, logo é essencial que os enfermeiros que fazem esses registros diários conscientizem-se da importância do seu papel para o crescimento da enfermagem enquanto ciência.

A utilização de uma terminologia unificada não só permite a definição da enfermagem enquanto ciência como também proporciona maior interação entre a prática e o ensino, a teoria e a assistência, por meio da aplicação mais eficaz de seus princípios, métodos e técnicas. A falta de um vocabulário universal dificulta o processo de comunicação e registros na enfermagem e tem inquietado enfermeiros, levando-os a se comprometerem com o desenvolvimento da profissão (NÓBREGA, 2003; ANTUNES; CHIANCA, 2002). Mesmo em um país amplo e divergente como o Brasil, a uniformização do vocabulário da enfermagem é possível e válida.

Nessa direção, observa-se que na área da saúde, em especial na área da enfermagem, o número de instrumentos, questionários e escalas está cada vez maior, porque ao planejar o método de coleta de dados, é importante que se garantam indicadores confiáveis, selecionando instrumentos de medidas adequados e precisos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

No Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN) da Universidade Federal de Sergipe, por exemplo, grande parte do quantitativo de pesquisas é voltado à construção do conhecimento da enfermagem, seja através dos sistemas de classificação, da formulação de diagnósticos de enfermagem ou da elaboração de instrumentos de coleta, questionários e cartilhas (ARQUIVO/PPGEN, 2019).

Embora haja aumento no quantitativo de pesquisas de enfermagem voltadas à construção de instrumentos, na área da urologia continua bastante escassa a produção desse conhecimento, principalmente no que diz respeito ao serviço ambulatorial (NAPOLEÃO; BARCELLOS; KAWAI, 2008). Diante desse contexto, Felisberto e Bittencourt (2018) propõem a construção de um instrumento para consulta de enfermagem à idosa com incontinência urinária, com o intuito de sistematizar a assistência de enfermagem no serviço ambulatorial de urologia de um hospital público da Paraíba.

Justamente na tentativa de definir os conceitos próprios da profissão, a enfermagem vem construindo sistemas de classificação desde a década de 1960, o que tem trazido mudanças significativas no ensino e na prática assistencial. Tais mudanças vão desde a melhoria na comunicação e na qualidade do registro das informações, à melhoria do cuidado prestado, aumento da segurança no planejamento e execução dos cuidados e até maior visibilidade das ações de enfermagem, através do avanço da profissão (CAVALCANTE; LARocca; AMARAL, 2017).

A utilização dos sistemas de classificação auxilia no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, uma vez que direciona o profissional durante a coleta de dados e ainda permite que o mesmo faça uma correta avaliação dos resultados alcançados após aplicar as intervenções de enfermagem. Os sistemas de classificação possibilitam ao profissional conhecer as necessidades de saúde e as vulnerabilidades dos pacientes atendidos. Na enfermagem brasileira, os sistemas de classificação mais usados

e conhecidos são: NANDA-I, NIC, NOC e CIPE® (CAVALCANTE; LAROCCA; AMARAL, 2017).

No presente estudo, para confirmar ou não a relevância dos indicadores empíricos encontrados através do levantamento bibliográfico e da análise de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de urologia da Universidade Federal de Sergipe, estes foram submetidos ao processo de validação de conteúdo, medido pelo grau de concordância entre os juízes, com o valor igual ou superior a 0,8 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A importância da participação dos juízes no desenvolvimento da etapa de validação dos indicadores empíricos residiu na análise e julgamento crítico feito pelos mesmos, o que permitiu a seleção dos indicadores mais relevantes, pertinentes e condizentes com a prática assistencial.

Ao realizar a distribuição dos indicadores empíricos encontrados e validados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, foi possível perceber quais as principais necessidades apresentadas pelo paciente com diagnóstico de problema urológico. Dessa forma, predominaram as necessidades psicobiológicas e, dentro delas, a necessidade de eliminação, seguidas das necessidades psicossociais, com destaque para as relacionadas à aprendizagem, e por fim as necessidades psicoespirituais.

Diante do grande número de indicadores empíricos encontrados e validados, optou-se por discutir os indicadores que tiveram IC igual a um. Algumas categorias de necessidades humanas básicas não apresentaram indicadores com valor do IC igual a um. Nestes casos, foi discutida a categoria referente à necessidade em questão.

Na necessidade de Regulação Neurológica, os indicadores validados que apresentaram IC igual a um foram: Alteração no nível de consciência, Alteração na função cognitiva e Lesão cerebral.

A ressecção transuretral da próstata pode causar distúrbios hemodinâmicos e do sistema nervoso central, como alteração no nível de consciência e alteração na função cognitiva, o que geralmente é atribuído à hiponatremia dilucional ocorrida durante ou imediatamente após o procedimento. Esse procedimento é eficaz para pacientes que

sofrem de hiperplasia prostática benigna e que não respondem ao tratamento farmacológico (AMORIM et al., 2017).

A lesão cerebral pode afetar o funcionamento correto do trato urinário e alterar o processo de micção normal. A disfunção vesical, se não tratada adequadamente, pode influenciar de forma negativa a vida do indivíduo, inibindo-o socialmente e diminuindo o seu nível de satisfação pessoal (KÓS; RICCETTO; D'ANCONA, 2016).

Na necessidade de Oxigenação, o indicador empírico validado que apresentou IC igual a um foi Ansiedade. A qualidade de vida é afetada pelo diagnóstico de doenças crônicas graves e limitantes, e isso, na maioria das vezes, é manifestado em um quadro de ansiedade, que por sua vez está relacionada com a diminuição da qualidade de vida. Estas são inversamente proporcionais, à medida que os sintomas ansiosos aumentam, a qualidade de vida diminui. A presença da ansiedade aponta para o impacto causado pela doença e seus respectivos tratamentos nas condições de vida do sujeito acometido pela patologia (OTTAVIANI et al., 2016).

Na necessidade de Regulação Vascular, os indicadores empíricos validados e que apresentaram IC igual a um foram: Diminuição da perfusão renal e Diminuição da taxa de filtração glomerular.

A Regulação Vascular é bastante afetada na doença renal. A hipoperfusão renal está associada à lesão renal aguda. Esta leva a uma diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG). Uma vez que a TFG é o parâmetro mais importante para avaliar a função renal, a atenção do enfermeiro quanto aos índices da TFG é essencial na manutenção da função renal do paciente (SOARES; BRUNE, 2017).

Na necessidade de Regulação Térmica, não houve indicador com IC igual a um. Logo, optou-se por discutir a categoria em questão. Uma das principais complicações durante a hemodiálise é a hipotermia. Cabe ao enfermeiro observar e orientar sua equipe quanto à tendência de alguns pacientes febris ficarem normotérmicos ou de pacientes com temperatura corporal em padrão normal apresentarem queda da temperatura. O enfermeiro deve monitorar a temperatura corporal do paciente e dispor de cobertores e bolsas aquecidas para permitir a normalização dessa temperatura (SANTOS et al., 2018).

Em relação à necessidade de Nutrição, também não houve indicador com IC igual a um. Optou-se, portanto, em discutir a categoria em questão. A composição da urina é fortemente influenciada pela composição da dieta do indivíduo. A incidência de nefrolitíase tem aumentado juntamente com outros problemas relacionados às mudanças nos padrões alimentares da população. O incentivo à alimentação equilibrada é uma estratégia de prevenção da ocorrência e também da recorrência dos cálculos (NERBASS, 2014).

Na necessidade de Hidratação e Eletrolítica, os indicadores empíricos validados e que apresentaram IC igual a um foram: Hipovolemia, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Cateter para diálise peritoneal, Baixa ingesta hídrica, Restrição líquida, Anasarca, Edema, Distúrbio hidroeletrólítico, Desidratação, Hidratação, Problemas metabólicos, Pele ressecada, barreira ao acesso a líquidos, Hematócrito diminuído e Hemoglobina diminuída.

A necessidade de Hidratação e Eletrolítica reflete o estado de ingestão e absorção de líquidos e eletrólitos. Estudo mostra que a desidratação pode causar hipovolemia e perda de eletrólitos, reduz o volume sanguíneo e aumenta a frequência cardíaca, pode manifestar fadiga, sede, tontura, aumento da concentração urinária. Quando grave, pode ocorrer perda do equilíbrio, pele seca, olhos fundos, disúria e espasmos musculares. Os valores da concentração de hemoglobina e hematócrito são considerados marcadores para avaliação da hidratação, assim como a coloração urinária e a massa corporal (OLGUIN; BEZERRA; SANTOS, 2018).

Já a hipervolemia pode ser responsável por aumento significativo nos valores pressóricos sistêmicos, devendo, portanto, haver controle hídrico, através de restrição da ingestão de líquidos para alguns pacientes. Estudo sobre validação de intervenções e atividades de enfermagem, para pacientes com problemas urológicos, mostrou a importância de o enfermeiro manter o paciente em equilíbrio hidroeletrólítico. O desequilíbrio eletrolítico possui como características, dentre outras, o edema, que pode evoluir para anasarca, o ganho de peso num curto período de tempo, alterações da pressão arterial, hemoglobina e hematócrito diminuídos, eletrólitos alterados, oligúria e alterações na densidade urinária (LUCENA et al., 2017).



O tratamento da doença renal crônica (DRC) se dá através de um complexo regime terapêutico que, além da diálise, inclui um rigoroso regime medicamentoso, dietético e de controle de líquidos. Os pacientes apresentam dificuldades que vão de moderadas a extremas para o cumprimento das recomendações de ingesta hídrica (LINS et al., 2018).

Em estudo realizado por Lins et al. (2018), sobre a adesão do paciente renal crônico ao regime terapêutico nas suas quatro dimensões: hemodiálise, uso de medicamentos, dieta e restrição hídrica, mais da metade dos pacientes pesquisados (55,1%) responderam que não conseguem seguir a recomendação de restrição hídrica. Além disso, relataram que a última vez que o profissional de saúde abordou o tema em consulta foi quando a terapia iniciou pela primeira vez. A adesão terapêutica é um processo dinâmico que precisa ser motivado constantemente.

Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem é direcionado a avaliar o estado hídrico e identificar as fontes potenciais de desequilíbrio. Distúrbios metabólicos constituem fontes potenciais de desequilíbrio. Estudo realizado com 155 pacientes demonstra que alguns problemas metabólicos estão associados à nefrolitíase. Várias alterações metabólicas como hipercalcúria, hiperoxalúria, hipocitraturia e hiperuricosúria, têm sido identificadas na urina de pacientes com cálculo renal. Estas alterações dependem tanto de fatores genéticos quanto de fatores ambientais (CHULA et al., 2006). Um outro estudo, realizado com 1.737 pacientes, que objetivou avaliar a prevalência dos distúrbios metabólicos associados à nefrolitíase destacou que foram encontradas alterações metabólicas distintas em ambos os sexos; enquanto que, no sexo feminino, ocorreu mais infecção urinária, no masculino, observou-se mais hipercalcúria e hiperuricosúria (SANTOS et al., 2017).

Na necessidade de Eliminação, os indicadores empíricos validados e que apresentaram IC igual a um foram: Polaciúria, Urina turva com odor desagradável, Hematúria, Sensibilidade na região lombar (sinal de Giordano), Uso de cateter urinário (SVD), Vômitos, Capacidade de urinar insatisfatória, Infecção do trato urinário, Incontinência urinária, Bacteriúria, Piúria, Retenção urinária, Cálculo renal, Disfunção renal, Falência renal, Duração do tempo de uso do cateterismo vesical de demora, Trauma da uretra, Redução do volume urinário, Dor relacionada com o cateter, Obstrução da uretra, Noctúria, Disúria, Risco de infecção urinária, Oligúria,

Manipulação do trato urinário, Fixação inadequada da SVD, Atrofia urogenital, Atrofia renal após trauma renal, Nefrectomia, Urgência miccional, Cistostomia, Interrupção do jato urinário, Jato urinário fraco, Dificuldade de esvaziamento urinário, Perda contínua de urina, Lesão perirrenal, Hemodiálise, Diminuição da produção de urina, Uremia, Dor ao introduzir nova sonda em cistostomia, Exsudato purulento em meato urinário, Volume urinário, Fístula vesical, Alteração do aspecto urinário (referente à densidade, cor, odor), Vazamento de diurese pela uretra mesmo com a sonda, Dor em região supra púbica, Bexigoma.

Outros indicadores foram: Perda de sonda após tracionamento acidental, Presença de sinais flogísticos na cistostomia; Bolsa coletora vazando, Dilatação uretral com sondas, Falso meato centralizado e Meato verdadeiro na base do prepúcio, Ferida no pênis, Estreitamento uretral e vaginal por radioterapia, Lesão uretral, Cólica na passagem da sonda, Estenose de uretra, Dor de forte intensidade durante passagem da sonda em cistostomia, Secreção purulenta de odor fétido no meato uretral, Resistência na passagem da sonda, Tumor renal, Perda da função renal, Percurso apresentando resistência (sonda cistostomia), Retorno urinário involuntário após retirada da sonda em cistostomia via orifício, Dificuldade de urinar após retirada da SVD, Urgincontinência após retirada da SVD, Esforço miccional e micção explosiva, Sensação de urina incompleta, Insuficiência renal, Dor leve ao passar sonda; esforço urinário, Perda urinária espontânea, Urina em jato partido, Complexidade referentes ao processo fisiopatológico renal e seu tratamento, Expressa desejo de melhorar a eliminação urinária, Fibrose retroperitoneal e encarceramento do ureter, Disfunções anatômicas, Mal-formações congênitas, Hipercalemia, Aumento da creatinina, Fluxo urinário obstruído, Má-formação congênita do meato urinário, Diurese residual, Jato de urina fraco e gotejante, Jato urinário fracionado, Jato urinário intermitente, Cateterizações múltiplas.

Em alguns casos como na retenção urinária, quando há incapacidade de a bexiga se esvaziar satisfatoriamente, o cateterismo é um tratamento necessário. O acúmulo de urina na bexiga provoca sensações de pressão e desconforto, dor supra-púbica, inquietação e sudorese. O enfermeiro atua nessa situação tanto com métodos não invasivos, a colocação de compressas mornas na região supra-púbica, a promoção de privacidade para o paciente, quanto com métodos invasivos, como é o caso do cateter

vesical de demora (CVD), que pode ser realizado em intervalos rotineiros, ou ainda, permanecer por um período maior de tempo (JORGE et al., 2017).

O uso do cateterismo vesical traz inúmeros benefícios para os pacientes, entretanto, essa manipulação do trato urinário também traz consigo riscos inerentes à prática. O uso inapropriado ou por tempo prolongado pode resultar em uma infecção do trato urinário (ITU). Durante a passagem do cateter vesical, o profissional deve ser cauteloso e estar atento à técnica correta visando impedir complicações, como o traumatismo e a lesão uretral, além da dor durante a passagem da sonda. Segundo Lopes et al. (2018), a instrumentação do trato urinário é o fator de risco mais importante para aquisição da ITU, especialmente o CVD. O enfermeiro deve usar a técnica correta desde a inserção do cateter até a sua fixação.

Estudo destaca que o risco da ITU é diretamente proporcional ao tempo de permanência da sonda no paciente, aumentando em 2,5% o risco em um dia, 10% para dois ou três dias, 12,2% para quatro ou cinco dias, e 26,9% em seis ou mais dias (LIMA et al., 2017). Braggiato; Lazar (2016) mostram em seu estudo que a ITU é uma doença frequente, que ocorre em todas as idades e acomete principalmente mulheres, 50 a 80% terão pelo menos um único episódio de ITU na vida. Os sinais e sintomas apresentados incluem polaciúria, noctúria, urgência miccional, disúria e alteração na coloração e no aspecto da urina. O paciente também pode apresentar dor em baixo ventre e no dorso (sinal de Giordano positivo).

Algumas alterações do trato geniturinário, como má formações uretrais, obstruções, trauma ou câncer podem levar à realização de uma cistostomia. Estudo que objetivou descrever o câncer de pênis e a estratégia preventiva da assistência de enfermagem mostrou que o tratamento do câncer de pênis inclui a amputação parcial ou total do órgão e pode acarretar a realização de cistostomia. Esta é uma patologia que causa grande impacto psicológico, perda da identidade sexual e baixa estima na vida do paciente (NASCIMENTO; ROCHA; MELO, 2013).

O câncer de próstata é uma doença altamente prevalente. No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, perdendo apenas para o câncer de pele do tipo não-melanoma. A estimativa é que, para cada ano do biênio 2018-2019, surjam 68.220 novos casos (INCA, 2018).

Estudo realizado por Silva; Corrêa (2017), que teve como objetivo levantar a importância da prevenção do câncer de próstata, bem como a participação do profissional enfermeiro na educação em saúde a essa população, destaca que o câncer de próstata continua sendo um desafio para saúde pública. Para o controle do câncer de próstata, a prevenção e a detecção precoce constituem estratégias de enfrentamento desta patologia. Os sinais e sintomas que podem indicar alterações relacionadas à próstata incluem hematúria e poliúria, jato urinário fraco, dor ou queimação ao urinar. Entretanto, a falta de conhecimento ainda é um problema e a educação em saúde é ponto chave para a resolução desta problemática.

Estudo que visa a orientação sobre o cálculo renal destaca que esta é uma patologia muito comum, com incidência em 5 a 15% da população, acometendo ambos os sexos. O sintoma clássico da urolitíase é a dor lombar de forte intensidade, acompanhada de náuseas, vômitos, desconforto para urinar, taquicardia e sudorese. Os cálculos podem migrar e obstruir o fluxo da urina, causando dor. Caso ocorra lesão do ureter, também é comum a hematúria (SANTANA; PINHAL, 2015).

Em relação à necessidade Imunológica, o indicador empírico validado com IC igual a um foi imunossupressão. Pacientes em terapia substitutiva que precisam do transplante renal devem passar por uma terapia imunossupressora na fase pós-operatória. Estudo que objetivou mensurar a adesão aos medicamentos imunossupressores em receptores de transplante renal mostrou que a taxa de pacientes não aderentes ao tratamento é alta (41,4%). Os resultados do transplante renal dependem da adesão dos receptores aos imunossupressores no período pós-operatório, a não adesão pode resultar em rejeição ou falha do transplante. Durante todas as fases do processo de enfermagem é importante que o enfermeiro esteja atento à avaliação da adesão do paciente receptor de transplante renal (LEITE et al., 2018).

Na necessidade de Percepção dos Órgãos dos Sentidos: Visual, Olfativa, Auditiva, Gustativa, Tátil e Dolorosa não houve indicador com IC igual a um. As doenças crônicas, como é o caso da DRC, limitam as atividades cotidianas do paciente. Populações mais pobres apresentam maiores chances de desenvolver deficiências relacionadas às doenças crônicas. As deficiências mais prevalentes são a visual e a auditiva. Nestes casos, as deficiências físicas podem se agravar, pois essa população enfrenta algumas barreiras para acessar os serviços de saúde (BOCCOLINI et al., 2017).

Na necessidade de Integridade Física e Cutâneo Mucosa não houve indicador com IC igual a um. A incidência de lesão por pressão é considerada um indicador de qualidade da assistência prestada. Algumas doenças urológicas levam à utilização da sonda uretral e é importante que o enfermeiro esteja atento à formação da lesão por pressão, que pode ser ocasionada pela fixação inadequada da sonda (MARQUES, 2018).

Medidas preventivas das lesões cutâneo mucosas devem ser tomadas pela equipe. Estudo realizado em 2017, que objetivou analisar as evidências disponíveis na literatura acerca dos principais cuidados de enfermagem implementados para prevenção de lesões por pressão nas unidades de terapia intensiva, destacou a necessidade de capacitações periódicas para enfermeiros para que haja assistência de qualidade (MARQUES, 2018).

Em relação à necessidade de Sono e Repouso também não houve indicador com IC igual a um. Estudo que avaliou a qualidade do sono em mulheres com incontinência urinária antes e após correção cirúrgica demonstrou que mulheres portadoras desse problema apresentaram melhora tanto na qualidade do sono quanto nos transtornos do sono após a correção cirúrgica. Alterações no sono podem ocasionar prejuízos cognitivos ao paciente. Uma vez que mulheres com disfunções urinárias são susceptíveis a esses transtornos, é de grande relevância a avaliação dos hábitos de sono e repouso dessas pacientes (FREITAS et al., 2018).

Na necessidade de Cuidado Corporal não houve indicador validado com IC igual a um. Estudo realizado com 96 homens, avaliou o nível de conhecimento destes acerca do câncer de pênis e identificou estratégias adotadas pela população masculina para prevenção do carcinoma peniano, encontrou que, de maneira geral, os homens apresentaram um conhecimento satisfatório acerca do câncer de pênis. Entretanto em relação às atitudes preventivas, constatou-se que raramente procuram ter bons hábitos higiênicos, realizar a limpeza do órgão com água e sabão ou realizar higiene íntima após as relações sexuais e masturbação. Sabe-se que a principal prevenção para o câncer de pênis é a boa higiene, portanto faz-se necessária a educação em saúde por meio da divulgação de medidas preventivas (GUIMARÃES et al., 2017).

Na necessidade de Exercício e Atividade física, os indicadores validados e que apresentaram IC igual a um foram: Paraplégico, Hemiplegia, Imobilidade, Risco de queda e Trauma raquimedular. As doenças urológicas muitas vezes são limitantes e, em alguns casos, incapacitantes. A prática regular de exercícios físicos fortalece a musculatura e promove maior flexibilidade, produz benefícios na prevenção e tratamento de várias patologias (SILVA et al., 2018).

Estudo realizado com 147 mulheres acometidas com infecção urinária revelou que a prevalência dessa patologia em mulheres praticantes de exercícios aeróbicos e musculação nas academias é baixa (12%). Dessa forma, o enfermeiro deve estimular ao máximo a busca de independência por parte do paciente. Benefícios como melhoria na qualidade de vida, alterações de humor e um prognóstico mais positivo são observados naqueles que praticam algum tipo de atividade física (SILVA et al., 2018).

Na necessidade de Sexualidade, os indicadores validados e selecionados foram Aumento da próstata, Problemas da próstata e Cirurgia de próstata. O diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata provocam mudanças significativas na vida dos homens acometidos pela doença, altera a sua sexualidade e a qualidade de vida. Vários procedimentos, tanto clínicos quanto cirúrgicos, como a radioterapia e a hormonioterapia, podem causar problemas nas funções urinária, intestinal, sexual e hormonal. Entretanto a função sexual é a mais afetada durante o tratamento (QUIJADA et al., 2017).

A maior parte dos pacientes com problemas urológicos apresenta alguma dificuldade relacionada à sexualidade, causada inclusive pela alteração da imagem corporal. Muitas vezes, eles até evitam iniciar um novo relacionamento com medo do que o parceiro irá pensar ao descobrir um estoma, por exemplo. Algumas pessoas adaptam-se melhor que outras a essa nova realidade. Cabe ao enfermeiro, através da consulta de enfermagem, buscar auxiliar o paciente no enfrentamento e adaptação da sua situação atual (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013).

Na necessidade de Regulação Hormonal não houve indicador validado com IC igual a um, porém o único indicador validado foi Hiperglicemia. A necessidade de regular os hormônios é fundamental, principalmente a insulina, nos casos de pacientes com problemas urológicos, uma vez que a insulina está associada ao controle de glicose

no sangue. A hiperglicemia é ocasionada pela incapacidade de a insulina desempenhar sua função adequadamente. Se esta alteração nos níveis glicêmicos estiver na fase crônica pode haver disfunção e falência dos rins (NOGUEIRA; NÓBREGA, 2015).

Em relação às necessidades Psicossociais, as necessidades de Amor, Aceitação e Atenção não apresentaram indicadores com IC igual a um.

Diversas são as modificações pelas quais os pacientes acometidos por problemas urológicos passam. Para melhor enfrentamento da doença e adesão ao tratamento por parte do paciente, é de suma importância o apoio e suporte familiar. Entretanto, estudo mostra que muitas vezes alguns membros familiares são considerados agentes dificultadores. As limitações impostas pela doença crônica afetam também a família, que precisa se adaptar às necessidades de quem ficou doente. Há uma quebra do equilíbrio familiar e o suporte da equipe de enfermagem se faz essencial neste processo, buscando estratégias para estimular a aceitação da doença e do tratamento por parte da família (TAVARES; LISBOA, 2015).

Nas necessidades de Gregária e Comunicação também não houve indicador validado com IC igual a um. Porém o indicador Isolamento social chama atenção nos pacientes acometidos por incontinência urinária (IU). A IU afeta a interação social do indivíduo e pode levar ao isolamento social. Pessoas são acometidas pela IU em qualquer fase da vida, entretanto é mais comum em idosos e em mulheres. Estudo recente mostra a relação entre a IU e suas consequências para a mulher idosa. Sentimentos de baixa autoestima, constrangimento, vergonha e incapacidade costumam aparecer. Esses sentimentos afetam a qualidade de vida dessas pessoas e levam ao isolamento social (SANTANA et al., 2015).

Na necessidade de Autoestima e Autoimagem, apenas um indicador obteve IC igual a um, Baixa autoestima situacional. Pacientes que precisam passar por cirurgia para realização de estoma, desenvolvem baixa autoestima situacional, uma vez que há ressignificação de sua autoimagem e autoconceito, além do medo da realização do estoma. Nesta clientela tanto a interação social, atividades laborais, quanto a sua autoimagem e vida sexual são afetados pelo problema (DAVIDSON, 2016).

Estudo mostra que pacientes submetidos à cirurgia para realização de estoma, como no caso das cistostomias, têm a sua qualidade de vida reduzida e compartilham de

sentimentos como angústia, constrangimento e vergonha. São pacientes que apresentam algum nível de disfunção sexual e de distúrbio na imagem corporal (DAVIDSON, 2016).

Na necessidade de Segurança Emocional, dois indicadores obtiveram IC igual a um, Ansioso pela retirada definitiva da sonda e Nervosismo. O paciente inseguro emocionalmente pode apresentar ansiedade, angústia, nervosismo, medo, raiva. A doença por si só interfere na segurança emocional do indivíduo. É o medo do desconhecido. A doença provoca uma mudança no curso normal da vida do paciente. A ansiedade e nervosismo sempre estão presentes, uma vez que adoecer significa falha no organismo e uma falha completa significa morte. Cabe ao enfermeiro detectar a insegurança emocional, elaborar o plano de cuidados a ser executado e oferecer apoio emocional ao paciente (LOTTERMANN, 1982).

Nas necessidades de Aprendizagem e Terapêutica, os indicadores que alcançaram IC igual a um foram Educação para o autocuidado, Medo e ansiedade por falta de conhecimento, Comprometimento cognitivo e Informação insuficiente. Um indicador empírico validado que merece destaque é o indicador Educação para o autocuidado. A adesão dos pacientes com problemas urológicos ao regime terapêutico pode ser melhorada através da educação em saúde.

Nesse contexto, a falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento podem influenciar negativamente o comportamento de adesão ao regime terapêutico e com isso promover uma piora no prognóstico e controle da doença. A falta de informação gera medo e ansiedade, a consulta de enfermagem é o momento ideal para ouvir e esclarecer as dúvidas dessa população. A educação em saúde regida pelos profissionais ainda é escassa, portanto há necessidade de educação contínua para melhor orientar e informar os pacientes e familiares (LINS et al., 2018).

Em relação às necessidades de Liberdade, Recreação e Lazer, os indicadores que alcançaram IC igual a um foram: Autonomia, Tetraplegia, Paraplegia, Dependência funcional, Crenças e valores. Pacientes com problemas urológicos podem desenvolver dependência funcional e precisar deixar a rotina de trabalho para se adequar ao regime terapêutico, o que influencia diretamente na situação financeira da família. Todo este processo afeta a autonomia e as relações sociais do indivíduo, além de limitar a sua



liberdade, uma vez que restringe sua rotina de atividades laborais e de lazer (OLIVEIRA; SANTOS, 2018).

Durante o levantamento dos indicadores empíricos, por exemplo, houve o registro de um paciente que relatou a não realização de atividades de lazer devido à sua doença renal crônica.

Na necessidade de Autorrealização, o indicador validado com IC igual a um foi Confiança. O paciente acometido por problemas urológicos pode apresentar desequilíbrios físicos e psicológicos. Diante disso, ao considerar que o paciente encontra-se fragilizado e com diminuição da autoconfiança, o enfermeiro deve ampliar a sua capacidade de comunicação e ajudá-lo estabelecendo uma relação de confiança. O profissional de enfermagem é integrante fundamental no tratamento das doenças urológicas, seja através de cuidados ou da prestação de informações/orientações ao paciente (LETHICIA; ROCHA, 2018).

Na necessidade de Espaço e Meio Ambiente, dois indicadores foram validados com IC igual a um, Conforto e Desconforto. O ambiente interno do paciente está relacionado aos aspectos psicológicos e pode ser afetado pelo ambiente externo. Este, por sua vez, é propício ao estresse e à ansiedade. O enfermeiro deve estar atento ao conforto do paciente, criar um vínculo de confiança através de uma comunicação eficaz e manter uma assistência humanizada. Descuidos em relação ao ambiente externo afetam o ambiente interno do paciente e podem levar à piora do seu quadro. Portanto, proporcionar um ambiente acolhedor auxilia no processo de restauração da saúde (ROQUE; CARRARO, 2015).

Em relação à Necessidade Psicoespiritual, a necessidade Religiosidade/Espiritualidade apresentou dois indicadores validados com IC igual a um, foram eles Bem-estar espiritual e Gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança. Ao ser diagnosticado com doença renal muitos pacientes desenvolvem medo, angústias, ansiedade, frustrações. Nesta perspectiva, tais pacientes buscam apoio na fé e na espiritualidade. Esta apresenta-se como fator positivo, uma vez que contribui para o desenvolvimento da autoestima e aumento das expectativas e da esperança frente aos problemas (SOUZA; RIBEIRO; AVELLAR, 2017).

A doença urológica, de uma forma geral, principalmente quando se trata de um quadro irreversível, compromete todas as esferas da vida de uma pessoa. Estudo que objetivou justificar a importância do apoio psicológico aos pacientes com doença urológica, mostra que a qualidade de vida desses pacientes é afetada por distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão, identificados através da efetiva avaliação do paciente. A mudança brusca de hábitos mexe com toda a rotina anterior e exige que o paciente adapte-se ao regime terapêutico para otimizar sua saúde. A partir de um apoio psicológico, os pacientes podem aprender a lidar melhor consigo mesmos e com seus sentimentos (OLIVEIRA; SANTOS, 2018).

Ser acometido por alguma doença urológica implica uma série de mudanças físicas e psicológicas não só para a pessoa doente como também para os seus familiares, acarretando mudanças na dinâmica familiar. O apoio familiar é muito importante no sucesso do regime terapêutico. Uma avaliação atenta e cuidadosa por parte do enfermeiro se faz necessária, pois possibilita ao profissional identificar dificuldades e encontrar soluções para cada problema em específico. Dessa forma, é imprescindível que o olhar holístico do enfermeiro transpasse o paciente e alcance a família, colocando-a também como foco do cuidado de enfermagem (FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008).

A consulta de enfermagem é uma ótima oportunidade para identificar o conhecimento do paciente e seus familiares a respeito da problemática e realizar a educação em saúde, contribuindo desta forma com o comportamento de adesão dos pacientes ao regime terapêutico (LINS et al., 2018). Nesta perspectiva, em especial nos pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise, soma-se a não aceitação do diagnóstico e o déficit do autocuidado, aspectos que influenciam sobremaneira no comportamento de adesão ao tratamento desses pacientes.

Como destaca Costa (2018), o papel do enfermeiro vai muito além de executar técnicas, é necessário ampliar a capacidade de comunicação e conquistar a empatia do paciente para, desta forma, ser possível enxergar, entender e apresentar soluções às necessidades dos pacientes. Acalmar, apoiar e estimular a independência anima os pacientes e proporciona um retorno positivo com melhoras na adesão terapêutica e no prognóstico.

Finalmente, o processo de enfermagem traz visibilidade a nossa profissão. Faz-se necessária a construção de instrumentos que auxiliem a nossa prática. Se não soubermos definir ou descrever o que fazemos, ficaremos invisíveis nos prontuários e nas disciplinas da saúde em geral. É urgente a utilização de uma terminologia unificada para a enfermagem que possibilite aos profissionais a troca de ideias e experiências ao partilhar o que a enfermagem compreende, além de tornar visível toda a contribuição única que a enfermagem oferece ao sistema de saúde (NANDA-I, 2018).

## 8 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos permitiram a construção e validação do conteúdo de um instrumento fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas, para realização da consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos, atendidos no ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Sergipe, a fim de sistematizar a assistência de enfermagem prestada.

Conclui-se que os objetivos foram alcançados e espera-se que a construção deste instrumento contribua para a melhoria da assistência prestada no referido ambulatório, permitindo o fortalecimento da enfermagem enquanto ciência por meio do uso de uma terminologia padronizada para a enfermagem. A utilização do instrumento promoverá um maior conhecimento dos profissionais quanto ao processo de enfermagem, facilitando o raciocínio clínico e o julgamento de decisões frente aos problemas apresentados.

Este estudo apresentou algumas limitações, dentre as quais destacaram-se: a falta do registro completo dos cuidados realizados pelos profissionais nos prontuários dos pacientes do ambulatório de urologia, pois na maioria das vezes estes eram resumidos e pontuais, e a resistência de alguns profissionais em colaborar com a pesquisa, visto que dos quarenta e quatro juízes convidados, apenas dez aceitaram participar, sendo que três desistiram durante o processo. O tempo de retorno das avaliações também foi uma dificuldade encontrada, havendo necessidade de estender o prazo inicialmente acordado, ainda assim um dos juízes não entregou a devolutiva a tempo.

Por fim, espera-se que a utilização do instrumento para realização da consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Sergipe seja eficaz no registro documental da prática profissional diária, auxilie no processo de conquista do respeito profissional e organize a assistência de modo a proporcionar um atendimento integral e individualizado a esta clientela.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 16, n. 7, p. 3061-3068. 2011.

AMORIM, A. V. C. et al. Síndrome de ressecção transuretral da próstata. **Rev Med Minas Gerais**, v. 27, n. 4, p. 64-70. 2017.

ANTUNES, M. J. M.; CHIANCA, T. C. M. As classificações de enfermagem na saúde coletiva - o projeto CIPESC. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 644-651. 2002.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. Especial 70 anos, p. 864-7. 2009.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 63-65. 2010.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 1. ed. São Paulo: 2015.

BAVARESCO, T. **Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada para pacientes em risco de úlcera por pressão**. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BOCCOLINI, P. M. M. et al. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3537-3546. 2017.

BRAGGIATO, C. R.; LAZAR, C. A. E. L. Infecção do trato urinário não complicada na mulher: relato de caso e revisão da literatura. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 231-4. 2016.

CARVALHO, E. C. et al. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Rev enferm UFPE on line**, v. 1, n. 1, p. 95-99. 2007.

Disponível em: <

[https://www.researchgate.net/publication/47807368\\_Obstaculos\\_para\\_a\\_implementacao\\_do\\_processo\\_de\\_enfermagem\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/47807368_Obstaculos_para_a_implementacao_do_processo_de_enfermagem_no_Brasil)>. Acesso em: 07 de out. 2018.

CAVALCANTE, M. D. M. A.; LAROCCHA, L. M.; AMARAL, J. R. M. Uso da terminologia no processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva: uma revisão integrativa. **Revista Biosalus**, v. 2, n. 1. 2017.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; POGGETTO, M. T. D. Stomas changing lives: facing the illness to survive. **Rev Min Enfer**, v. 17, n. 2, p. 268-277. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498/86. Regulamentação do exercício de enfermagem. 1986. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 07 de jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. 1987. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)>. Acesso em: 17 de jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Resolução nº272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras. 2002. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009\\_4309.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html)>. Acesso em: 17 de jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Resolução nº358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras. 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 07 de jan. 2019.

FELISBERTO, A. M. S.; BITTENCOURT, G. K. G. D. Construção de instrumento para consulta de enfermagem à idosa com incontinência urinária de um serviço ambulatorial. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 151-156. 2018. Trabalho apresentado nos Anais do VII fórum nacional de mestros profissionais em enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. 2018.

FRÁGUAS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 271-7. 2008.

FREITAS, J. P. et al. Avaliação da qualidade do sono em mulheres com incontinência urinária antes e depois da correção cirúrgica. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 2, p. 1-5. 2018.

FURUYA, F. K., et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 167-75. 2011.

GIORDIANO, E. A. et al. Avaliação da ingestão alimentar e excreção de metabólitos na nefrolitíase. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 4. 2014.

GUIMARÃES, J. T. F. et al. Avaliação do conhecimento de homens acerca do câncer de pênis e práticas preventivas. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. Sup. 8, p. 803-810. 2017.

HENKES, D. F. et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 2, p. 45-56. 2015.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

JESUS, J. S.; COELHO, M. F.; LUZ, R. A. Cuidados de enfermagem para prevenção de infecção do trato urinário em pacientes com cateterismo vesical de demora (CVD) no ambiente hospitalar. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 63, n. 2, p. 96-9. 2018.

JORGE, B. M. et al. A pessoa com retenção urinária: percepção do estudante e evidências científicas da utilização do ultrassom portátil. **Referencia**, v. 4, n. 12. 2017.

KÓS, R. S.; RICCETTO, C. L. Z.; D'ANCONA, C. A. L. Impacto do tratamento urológico na qualidade de vida de crianças com mielomeningocele e na sobrecarga de seus cuidadores. **ESTIMA**, v.14, n. 2, p. 84-90. 2016.

KRAUZER, I. M. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica: o que dizem os Enfermeiros?. **Ciencia y Enfermería**, v. 21, n. 2, p. 31-38. 2015.

LEITE, R. F. et al. Mensuração da adesão aos medicamentos imunossupressores em receptores de transplante renal. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 5, p. 489-96. 2018.

LETHICIA, E. M. R. N.; ROCHA, E. **Percepção do paciente em relação ao autocuidado em clínica de hemodiálise e a necessidade de orientações da equipe de enfermagem**. 2018. 12f. Artigo (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário de Maringá, Maringá, 2018.

LIMA, P. V. S. et al. Infecção urinária relacionada ao cateterismo vesical em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. In: 19ª SEMANA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES, 2017, Aracaju. **Anais 2017**, Aracaju, 2017.

LINS, S. M. S. B. et al. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 1, p. 54-60. 2018.

LOPES, T. V. L. et al. Assistência de enfermagem ao paciente acometido com infecção do trato urinário por uso de sonda vesical de demora: uma revisão de literatura. **Revista de Trabalhos Acadêmicos UNIVERSO São Gonçalo**, v. 3, n. 5, p. 236-261. 2018.

LOTTERMANN, C. Enfermagem e segurança emocional. **Revista Gaúcha de Enfermagem Porto Alegre**, v. 3, n. 21, p. 127-132. 1982.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-85. 1986.

MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, n. 26, p. 137-148. 2014.

MARQUES, A. L. G. **Cuidados de enfermagem para prevenção de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa**. 2017. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2017.

MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, v. 50, n. 4, p. 370-396. 1943.

MAZZO, A. et al. Validação de escala de autoconfiança para assistência de enfermagem na retenção urinária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5. 2015.



MCANINCH, J. W.; LUE, T. F. **Urologia Geral de Smith e Tanagho**. 18. ed. Porto Alegre: Amgh, 2014.

MICHEL, J. L. M.; BARROS, A. L. B. L. A pesquisa nas classificações de enfermagem: a experiência brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 6, p. 664-669. 2003.

NAPOLEÃO, A. A.; BARCELLOS, F. C. P., KAWAI, P. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem a Usuários do Ambulatório de Urologia. **CuidArte enfermagem**, Catanduva, v. 2, n.1. 2008. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed02enfpsite.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

NASCIMENTO, A. M.; ROCHA, J.; MELO, V. S. **Câncer de pênis: estratégias de prevenção da enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, Recife, 2013.

NERBASS, F. B. Orientação dietética e litíase renal. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 4, p. 428-429. 2014.

NÓBREGA, M. M. L. et al. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 5, n. 2, p. 33-44. 2003. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/mapa.pdf](https://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/mapa.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2019.

NOGUEIRA, L. G. F.; NÓBREGA, M. M. L. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 54-60. 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLIVEIRA, L. G. P. et al. Incontinência urinária: a atuação do profissional de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 18, n. 118, p. 1-8. 2018.

OLIVEIRA, L. M. S.; SANTOS, W. A. Apoio psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo de caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 3., 2018, Campina Grande. **Anais III CONBRACIS**. Campina Grande: v. 1, 2018.

OTTAVIANI, A. C. et al. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. 2-8. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 3, p. 312-8. 2008.

POTTER P, PERRY AG. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

QUIJADA, P. D. S. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. **Rev Cuid.**, v. 8, n. 3, p. 1826-38. 2017.

REIS, G. S.; CASTRO, M. C. R.; SILVA, T. B. Infecção urinária e pielonefrite no 1º trimestre da gravidez. **Revista Pesquisa em Saúde –Health Research JournalScientific Journal**, v.1, n.1, p. 1-16. 2018.

RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. G. O.; SIQUEIRA, D. S. Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 2193-7. 2018.

ROQUE, A. T. F.; CARRARO, T. E. Percepções da puérpera de alto risco acerca do ambiente hospitalar à luz de Florence Nightingale. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 63-69. 2015.

SANTANA, B. L.; PINHAL, P. Cálculo renal, sua prevenção e seu diagnóstico. In: III JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2015, Santos. **Universalidade do Conhecimento Científico**: IX Mostra de Trabalhos Acadêmicos. 2015.

SANTANA, S. et al. A relação entre incontinência urinária e o isolamento social de mulheres idosas. **Memorialidades**, n. 23, jan./jun. e n. 24, jul/dez, p. 151-164. 2015.

SANTOS, A. F. M. et al. Atuação do enfermeiro frente às principais complicações em pacientes durante o procedimento de hemodiálise. **Revista Humano Ser - UNIFACEX**, n. 1, v.1, p. 114-127. 2018.

SERVIÇO DE ARQUIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGEN). Serviço Público Federal. **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju: 2019.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME). Serviço Público Federal. **Serviço Ambulatorial de Urologia**. Hospital Universitário de Sergipe. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju: 2018.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **J Bras Nefrol**, v. 38, n. 1, p. 54-61. 2016.

SILVA, A. F. A; CORRÊA, L. V. M. **Câncer de próstata: uma revisão literária**. 2017. 17f. Artigo (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2017.

SILVA, C. C. et al. O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 174-81. 2011. <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a03.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

SILVA, C. M. S. et al. Insuficiência renal aguda: principais causas e a intervenção de enfermagem em UTI. **Revista Recien**, v. 6, n. 16, p. 48-56. 2016.

SILVA, L. B. et al. Disfunções urinárias em mulheres praticantes de atividade física em academias – um estudo transversal. **Rev Pesq Fisio**, v. 8, n. 1, p. 71-78. 2018.

SILVA, R. C. M. **Relação entre síndrome da bexiga hiperativa e depressão em idosos**. 2014. 46f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2014.

SIVIERO, P. C. L. et al. Insuficiência renal crônica e as causas múltiplas de morte: uma análise descritiva para o Brasil, 2000 a 2004. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4. 2014.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner-Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOARES, C. B. et al. Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-45. 2014.

SOARES, L. O.; BRUNE, M. F. S. S. Avaliação da função renal em adultos por meio da taxa de filtração glomerular e microalbuminúrica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 19, n. 3, p. 62-68. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Cartilha Urológica: Guia de informações sobre a saúde do homem**. Rio de Janeiro: Di Magnavita, p. 9, 2017.

SOUZA, D. O.; RIBEIRO, K. C. C.; AVELLAR, J. J. A espiritualidade na assistência renal: revisão bibliográfica. **UNITAS – Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões**, v. 5, n.2, p. 468-477. 2017.

SOUZA, N. R. et al. Caracterização dos pacientes com insuficiência renal aguda de uma unidade de terapia intensiva submetidos à hemodiálise. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 2, n. 10, p. 51-64. 2017.

TANNURE, M. C.; CHIANCA, T. C. M.; GARCIA, T. R. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 1026-30. 2009.

TAVARES, J. M. A. B.; LISBOA, M. T. L. Tratamento com diálise peritoneal: a prática do autocuidado no contexto familiar. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 344-9. 2015.

TORRES, V. S. F. **Construção de um instrumento para coleta de dados em uma unidade de terapia intensiva coronariana**. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

VALAGNI, G. et al. Incontinência Urinária, Bexiga Neurogênica e Neuroplasticidade. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, jan., 2013.  
<<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=647>>. Acesso em: 09 out. 2018.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **West J Nurs Res**, v. 25, n. 5, p. 508-18, ago., 2003.

## **APÊNDICES E ANEXO**

## **APÊNDICE A**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEN

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

#### **Etapas de validação dos indicadores empíricos**

Eu, Nayara da Cruz Santana Lima, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Freire Abud, convido vossa senhoria, na qualidade de juiz a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada “Construção e validação de um instrumento para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia” que tem como objetivo propor um instrumento validado para realização da consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades visando à prestação de uma assistência de enfermagem sistematizada.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação consistirá em ajuizar se os indicadores empíricos extraídos dos artigos e prontuários são relevantes ou não para a construção do instrumento para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia. Você receberá um formulário contendo os indicadores empíricos encontrados e será orientado a assinalar se concorda que esses indicadores são relevantes para a construção do instrumento.

A pesquisa envolve riscos mínimos para os participantes, relacionados à possibilidade de quebra de sigilo. Todavia, a garantia do sigilo e do anonimato e a posse

exclusiva das informações pela pesquisadora minimizarão este risco, conforme assegura a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Acredita-se que o estudo proporcionará para os participantes o aprofundamento e aperfeiçoamento na temática proposta. Para os pacientes, a criação de um instrumento que possibilite a sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com problemas urológicos, garantindo o cuidado humanizado e individualizado. E, para os profissionais, o direcionamento da assistência e a utilização de uma linguagem unificada no raciocínio clínico e no planejamento das ações.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que fui informado (a) e que participo da pesquisa denominada **“Construção e validação de um instrumento para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia”**, de livre e espontânea vontade após ter recebido os esclarecimentos acima.

---

Participante da pesquisa

---

Nayara da Cruz Santana Lima

Discente do PPGEN

079996015591

---

Ana Cristina Freire Abud

Orientadora

07999812-6798

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

**APÊNDICE B**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEN

**CARTA CONVITE PARA VALIDAÇÃO DOS TERMOS**

Prezado (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_,

Meu nome é Nayara da Cruz Santana Lima, sou mestrande do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Construção e validação de um instrumento para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia”. Esta pesquisa está sob orientação da professora Dra. Ana Cristina Freire Abud e tem por objetivo propor um instrumento validado para realização da consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades visando à prestação de uma assistência de enfermagem sistematizada.

Este projeto será desenvolvido a partir das seguintes etapas: 1) Identificação dos indicadores empíricos, realizada mediante o levantamento bibliográfico e análise dos prontuários dos pacientes com problemas urológicos; 2) Normalização dos indicadores empíricos encontrados, excluindo-se os indicadores que possuem o mesmo significado; 3) Validação dos indicadores empíricos pelos juízes selecionados; 4) Estruturação do instrumento a partir das Necessidades Humanas Básicas encontradas na primeira etapa. Portanto, por meio desta, estamos solicitando a sua colaboração para participar da etapa de validação dos indicadores empíricos.

A sua participação consistirá em ajuizar se os indicadores empíricos extraídos dos prontuários e artigos são relevantes ou não para a construção do instrumento para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia.

A sua seleção para participar como juiz neste estudo foi realizada obedecendo ao seguinte critério: possuir no mínimo a titulação acadêmica de mestrado; ter experiência com o processo de enfermagem e/ou que se dedique, direta ou indiretamente, ao cuidado de pacientes com doença urológica, seja na assistência, no ensino ou na pesquisa. A seleção foi realizada por meio da Plataforma Lattes.



Para a confirmação de sua participação solicitamos a gentileza de responder este e-mail.

Após confirmação o (a) Sr. (a) receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as Instruções para o preenchimento do formulário e o Formulário com os termos no formato Word.

Pedimos que nos devolva no prazo de 15 dias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado (pode ser escaneado por e-mail), as Instruções para o preenchimento do formulário e o Formulário com os termos.

Ressaltamos que sua contribuição é de fundamental importância para o desenvolvimento desse estudo. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Enfa. Nayara da Cruz Santana Lima  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Sergipe  
E-mail: nayaralimaenfer@gmail.com; Tel. (79) 996015591

Profa. Dra. Ana Cristina Freire Abud  
Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal de Sergipe  
E-mail: acfabud@uol.com.br; Tel. (79) 998126798

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

## **APÊNDICE C**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEN

### **INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES ETAPA DE VALIDAÇÃO DOS INDICADORES**

#### **1. Descrição sumária do objetivo e referencial teórico**

O presente estudo tem o objetivo de construir um instrumento para consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Sergipe, visando à prestação de uma assistência de enfermagem sistematizada.

Como referencial teórico para o desenvolvimento desse estudo será utilizada a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A teoria de Wanda Horta foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, a qual se embasou nas necessidades humanas básicas. Ao adaptar a teoria de Maslow para a enfermagem, Wanda Horta designou as necessidades humanas básicas em: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (HORTA, 2012).

Como as doenças urológicas são complexas e envolvem vários aspectos da vida de um indivíduo, é imprescindível proporcionar uma assistência que contemple todas as suas necessidades, o que justifica a escolha da Teoria de Wanda Horta, a qual está baseada nas necessidades humanas básicas e leva em consideração a manutenção do equilíbrio do organismo do ser humano através do atendimento de suas necessidades, além de considerar o ser humano um todo indivisível.

#### **2. Etapa de levantamento dos indicadores**

Após revisão integrativa para obtenção de artigos sobre assistência de enfermagem a pacientes com problemas urológicos, os artigos foram analisados para extração dos indicadores empíricos. Em seguida, foi realizado um levantamento de tais indicadores

através da análise dos prontuários. Todos os indicadores empíricos identificados foram incluídos numa planilha no programa *Excel for Windows 2013*, a fim de se excluir as repetições, com auxílio do programa. Terminado o processo de normalização e excluídas as repetições, os indicadores empíricos foram incluídos num formulário no programa *Microsoft Word 2013* e submetidos ao processo de validação.

### **3. Critérios a serem considerados**

Para avaliação dos indicadores será utilizado o **“Formulário com os indicadores empíricos encontrados”** disponibilizado no formato Word. Esse formulário será composto pelos indicadores empíricos identificados nas etapas descritas acima e o juiz deverá avaliar se os indicadores extraídos dos artigos e prontuários são relevantes ou não para a construção do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem em serviço ambulatorial de urologia. Para isso, o juiz deverá assinalar se concorda ou não que os indicadores empíricos encontrados são relevantes para a construção do instrumento. Ao final, os indicadores empíricos serão analisados quanto à sua frequência considerando-se os que obtiveram um Índice de Concordância (IC) igual ou maior que 0,8.

### **4. Prazo**

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie os instrumentos preenchidos em um **prazo máximo de 15 dias**. Esta devolução pode ser feita por e-mail. A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (digitalizado).

## APÊNDICE D

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEN

### FORMULÁRIO COM OS INDICADORES EMPÍRICOS

Identificando os indicadores das Necessidades Humanas Básicas dos pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades da Universidade Federal de Sergipe.

Segue abaixo a relação de indicadores empíricos encontrados nos artigos resultantes da revisão integrativa e nos prontuários dos pacientes com problemas urológicos, que foram submetidos ao processo de normalização.

Leia os indicadores empíricos identificados e marque com um “X” na coluna “**Concordo**” se concordar que os mesmos são relevantes na avaliação dos pacientes com problemas urológicos ou marque com um “X” na coluna “**Não concordo**” se discordar da relevância do mesmo.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS	Concordo	Não concordo
<b>Regulação Neurológica</b>		
Sonolência		
Confusão mental		
Cefaleia		
Convulsões		
Demência		
Alteração da memória		
Alteração de humor		
Pupilas isocóricas/fotorregentes		
Alteração no nível de consciência		
Nível de consciência normal		
Mal-estar geral		
Lesão medular		
Lesão cerebral		
Náuseas		
Alteração na função cognitiva		
Sugestões de Acréscimo		

<b>Oxigenação</b>		
Inquietação		
Irritabilidade		
Agitação		
Cansaço		
Cansaço respiratório		
Dispneia		
Dispneia ao repouso		
Dispneia ao esforço		
Medo		
Fadiga		
Fadiga após diálise		
Ortopneia		
Alterações no padrão respiratório		
Taquipneia		
Congestão nasal		
Tosse		
Tosse seca		
Tosse produtiva		
Sangramento		
Sangramento nasal		
Tontura		
Anormalidade de via aérea superior		
Deformidade da parede do tórax		
Embolia gasosa		
Cianose		
Respiração bucal		
Creptos, sibilos e/ou roncos difusos		
Dificuldade respiratória		
Padrão respiratório anormal		
Ruídos adventícios respiratórios		
Ansiedade		
Prurido nasal		
Pólipo nasal		
Tórax atípico		
Dor torácica		
Desmaio		
Pele hipocorada		
Dor à palpação dos seios frontais, etmoidais e maxilares		
Pneumotórax ou hemotórax		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Regulação Vascular</b>		
Arritmia cardíaca		
Varizes em MMII		
Taquicardia		
Taquicardia ventricular		
Arritmias ventriculares		

Palpitações		
Hipertensão arterial sistêmica		
Hipotensão arterial sistêmica		
Acesso vascular disfuncional (obstruído)		
Acesso vascular com sinais de infecção		
Baixo débito cardíaco		
Baixo fluxo cardíaco		
Trombose		
Isquemia		
Doença arterial coronariana		
Diminuição da perfusão renal		
Diminuição da taxa de filtração glomerular		
Vasoconstrição arteriolar aferente		
Taquicardia ventricular		
Aumento da pressão venosa		
Turgência de veia jugular		
Insuficiência venosa		
Cardiopatias		
Dor pulsátil		
Dor precordial		
Aumento do ventrículo		
Disfunção diastólica		
Neoplasias		
Anormalidades plaquetárias		
Índice cardíaco diminuído		
Alterações eletrocardiográficas		
Contratilidade alterada		
Frequência cardíaca alterada		
Pós-carga alterada		
Pré-carga alterada		
Ritmo cardíaco alterado		
Volume sistólico alterado		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Regulação Térmica</b>		
Febre		
Calafrios		
Sudorese		
Sudorese noturna		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Nutrição</b>		
Dor hipogástrica		
IMC aumentado		
Apetite preservado		
Falta de apetite		
Aceitação de dieta reduzida		
Astenia		
Emagrecimento		
Cuidados com a dieta		

Estado nutricional grave		
Desnutrição		
Cavidade bucal ferida		
Dificuldade de mastigação		
Broncoaspiração		
Necessidade de terapia enteral ou parenteral		
Ganho de peso em curto período de tempo		
Pirose		
Refluxo		
Empachamento		
Empachamento pós-prandial		
Dispepsia		
Desconforto abdominal		
Polifagia		
Dor em abdômen superior; dor epigástrica		
Dificuldade de deglutição e engasgos		
Sangramento da cavidade oral		
Dificuldade alimentar		
Baixa ingestão de laticínios		
Alimentação frequente com doces e alimentos gordurosos		
Pigarro		
Esvaziamento gástrico retardado		
Regurgitação		
Hábitos alimentares pouco saudáveis ou excesso calórico		
Inflamação gengival		
Hiperlipidemia		
Dislipidemia		
Dor de garganta		
Hipossalivação		
Náusea		
Hepatopatia		
Perda de paladar		
Mucosas hipocoradas		
Hipertensão portal/varizes esofágicas		
Hemocromatose		
Função hepática prejudicada		
Cálculos biliares		
Anictérico		
Ictérico		
Hábitos alimentares inadequados		
Alimenta-se com auxílio		
Hábitos alimentares adequados		
Uso de prótese dentária		
Não segue a dieta		
Cuidados relacionados com uma alimentação adequada		
Ingesta excessiva de sódio		

Sugestões de Acréscimo		
<b>Hidratação e Eletrolítica</b>		
Hipovolemia		
Risco de equilíbrio eletrolítico		
Fístula arteriovenosa (fav)		
Cateter para diálise peritoneal		
Baixa ingestão hídrica		
Restrição líquida		
Anasarca		
Edema		
Edema periférico		
Distúrbio hidroeletrólítico		
Desidratação		
Hidratação		
Sensação de boca seca		
Garganta seca		
Sede		
Polidipsia		
Problemas metabólicos		
Edema pulmonar		
Congestão pulmonar		
Alteração da função metabólica		
Hemorragia		
Sangramento mucoso		
Distúrbios ácido-básicos		
Pele ressecada		
Barreira ao acesso a líquidos		
Sangramento via anal, vaginal e uretral de grande volume com presença de coágulos		
Hematócrito diminuído		
Hemoglobina diminuída		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Eliminação</b>		
Polaciúria		
Doença renal		
Urgência urinária		
Urina turva com odor desagradável		
Má formação da uretra		
Hematúria		
Sensibilidade na região lombar (sinal de Giordano)		
Uso de cateter urinário (SVD)		
Vômitos		
Instrumentação recente do trato urinário		
Dor em flanco		
Constipação		
Bexiga distendida, tensa e dolorosa		
Capacidade de urinar insatisfatória		
Diarreia		



Perda involuntária de urina		
Hemorragia gastrointestinal		
Tenesmo vesical		
Ambiente periuretral mais úmido		
Cauterização vesical e retal		
Infecção do trato urinário		
Incontinência urinária		
Disfunções fisiológicas secundárias à cirurgia de estomização		
Bacteriúria		
Piúria		
Dor nas costas		
Doença renal crônica		
Abscesso renal ou fibrose		
Lesão renal aguda		
Retenção urinária		
Cálculo renal		
Uretra mais curta		
Uretra mais longa		
Desconforto abdominal		
Aumento da sensibilidade sobre a sínfise púbica		
Disfunção renal		
Falência renal		
Duração do tempo de uso do cateterismo vesical de demora		
Trauma da uretra		
Redução do volume urinário		
Débito urinário		
Necessidade dialítica		
Dor relacionada com o cateter		
Obstrução da uretra		
Refluxo do conteúdo da bolsa coletora		
Dor no abdômen inferior		
Noctúria		
Disúria		
Risco de infecção urinária		
Oligúria		
Manipulação do trato urinário		
Fixação inadequada da SVD		
Reeducação vesical		
Dor pélvica		
Incontinência fecal		
Atrofia urogenital		
Atrofia renal após trauma renal		
Nefrectomia		
Hemorroida		
Urgência miccional		
Colostomia		
Cistostomia		

Dificuldade para evacuar		
Interrupção do jato urinário		
Hematêmese		
Poliúria		
Jato urinário fraco		
Dificuldade de esvaziamento urinário		
Perda contínua de urina		
Polaciúria		
Frequência urinária alterada		
Dor pélvica		
Dor lombar		
Lesão perirrenal		
Hemodiálise		
Diminuição da produção de urina		
Uremia		
Transbordamento urinário		
ITU de repetição		
ITU de repetição por uso de SVD		
Sangramento após retirada da sonda; dor durante procedimento (troca de SVD)		
Pequeno sangramento em óstio (cistostomia)		
Lesão de uretra após trauma pélvico		
Dor ao introduzir nova sonda em cistostomia		
Exsudato purulento em meato urinário		
Intensa flatulência		
Cólica nefrítica		
Volume urinário		
Autocateterismo		
Fístula vesical		
Alteração do aspecto urinário (referente à densidade, cor, odor)		
Vazamento de diurese pela uretra mesmo com a sonda		
Dor em região supra púbica		
Orifício com bastante exsudato mucopurulento		
Ostomia hiperemiada com pequena quantidade de sangue		
Bexigoma		
Óstio com sinais flogísticos e exsudato		
Perda de sonda após tracionamento acidental		
Sonda em coto peniano; penectomizado (por CA de glândula)		
Orientado a não abrir o sistema (paciente desconectando coletor)		
Presença de sinais flogísticos na cistostomia; bolsa coletora vazando		
Presença de exsudato purulento em extremidade da sonda		
Ausência de retorno de urina por sonda inserida em coto peniano		

Dilatação uretral com sondas		
Falso meato centralizado e meato verdadeiro na base do prepúcio		
Ferida no pênis		
Estreitamento uretral e vaginal por radioterapia		
Lesão uretral		
Cólica na passagem da sonda		
Estenose de uretra		
Dor de forte intensidade durante passagem da sonda em cistostomia		
Secreção purulenta em perióstio		
Secreção purulenta de odor fétido no meato uretral		
Diarreia com sangue		
Resistência na passagem da sonda		
Tumor renal		
Dificuldade para urinar		
Perda da função renal		
Ardor em flanco		
Percurso apresentando resistência (sonda cistostomia)		
Retorno urinário involuntário após retirada da sonda em cistostomia via orifício		
Dor em peso no reto		
Uso de fralda		
Uso de absorvente por incontinência urinária		
Dor ao defecar		
Queda da função renal		
Dificuldade de urinar após retirada da SVD		
Urgincontinência após retirada da SVD		
Esforço miccional e micção explosiva		
Sensação de urina incompleta		
Insuficiência renal		
Não sente vontade para defecar		
Dor leve ao passar sonda; esforço urinário		
Dificuldade para defecar		
Perda urinária espontânea		
Óstio hiperemiado e friável		
Fezes ressecadas em pouca quantidade		
Dor na retirada da sonda (cistostomia)		
Dificuldade para desinsuflar o balão		
Dor na região do estoma		
Urina em jato partido		
Desconexão acidental de bolsa coletora		
Complexidade referentes ao processo fisiopatológico renal e seu tratamento		
Grau de insuficiência		
Tratamento dialítico		
Glicosúria		
Cólicas abdominais		
Expressa desejo de melhorar a eliminação urinária		

Frequência		
Hesitação		
Distensão abdominal		
Quadro algico severo em região supra púbica		
Massa abdominal palpável		
Enfraquecimento da musculatura pélvica		
Colapso da pele perineal		
Fibrose retroperitoneal e encarceramento do ureter		
Disfunções anatômicas		
Mal-formações congênitas		
Hérnia umbilical		
Ascite		
Câncer de intestino		
Esplenectomia		
Transversectomia		
Aumento na pressão intra-abdominal		
Sons timpânicos à percussão abdominal		
Quadro algico severo em região supra púbica		
Hipercalcemia		
Hipercapnia		
Hipocalcemia		
Hiperfosfatemia		
Acumulação de resíduos nitrogenados		
Instabilização dos níveis de eritropoietina		
Calcificações metastáticas		
Aumento da creatinina		
Cólica abdominal		
Doença gastrointestinal		
Varizes gastroesofágicas		
Função hepática prejudicada		
Fluxo urinário obstruído		
Má-formação congênita do meato urinário		
Diurese residual		
Filtração extracorpórea		
Jato de urina fraco e gotejante		
Insuficiência renal		
Disfunção da eliminação urinária		
Eliminação urinária alterada		
Frequente perda de urina		
Ressecamento anal		
Sangramento vaginal e anal		
Jato urinário fracionado		
Sangramento em óstio de cistostomia		
Instrumentação		
Jato urinário intermitente		
Distensão da bexiga		
Espasmo da bexiga		
Uso prolongado de cateter urinário		

Cateterizações múltiplas		
Procedimento cirúrgico		
Procedimento invasivo		
Motilidade gastrointestinal diminuída		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Imunológica</b>		
Imunossupressão		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Percepção dos Órgãos dos Sentidos: Visual, Olfativa, Auditiva, Gustativa, Tátil e Dolorosa</b>		
Deficiência visual		
Má visão		
Prurido e vermelhidão em ambos os olhos		
Diplopia		
Acuidade visual diminuída		
Presença de estocomas cintilantes		
Lacrimejamento		
Catarata		
Prurido		
Glaucoma		
Turvação visual		
Perda visual		
Tremor em olho		
Dor em aperto em hemiface D, principalmente região ocular		
Escotomas e escurecimento visual bilateral		
Desconforto ocular		
Sensação de olho pegajoso		
Perda da visão após forte dor de cabeça e contrariedade		
Cegueira		
Espirros		
Espirros em salva		
Obstrução nasal		
Prurido nasal		
Dor e ardor em nariz		
Epistaxe		
Deficiência auditiva		
Otalgia		
Otorreia		
Diminuição da audição		
Zumbido		
Sensação de ouvido tapado		
Alteração na acuidade auditiva		
Incômodo com ruídos ambientais		
Perda de paladar		
Parestesia em região de cicatriz		
Manchas ressecadas, hipocrômicas e hiperocrômicas		
Alteração na sensibilidade		

Presença de dor		
Dor de forte intensidade		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Integridade Física e Cutâneo Mucosa</b>		
Ferida operatória		
Umidade		
Alteração na pigmentação da pele perióstio		
Estoma		
Vermelhidão, inflamação, inchaço, bolhas ou escoriação da pele em contacto com a urina		
Equimoses		
Máculas hiperpigmentadas		
Escoriações		
Lesão cutânea		
Dermatite		
Sangramento mucoso		
Alteração na integridade da pele		
Cicatriz		
Cicatriz abdominal após nefrectomia		
Presença de lesão por pressão		
Lesão por pressão com necrose		
Lesão por pressão ocasionada pela fixação da sonda		
Cistostomia		
Hematomas		
Úlcera vascular com tampão necrótico		
Lesão peniana		
Edema		
Perióstio escurecido com secreção sanguinolenta de odor fétido		
Trauma		
Fratura		
Integridade cutânea		
Flebotomia		
Presença de nódulo		
Lipoma		
Postectomia		
Prurido		
Incômodo e manchas vermelhas no corpo		
Cuidados com o cateter		
Infecção da incisão cirúrgica		
Cuidados com a ferida operatória		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Sono e Repouso</b>		
Alterações no ambiente físico		
Falta de energia		
Cansaço ao caminhar		
Dificuldade para dormir		
Dependência de medicamentos para dormir		
Padrão de sono perturbado		

Hábitos alimentares		
Tontura e palpitações ao levantar-se		
Sonolência diurna		
Sono interrompido		
Sono prejudicado por congestão nasal		
Tremores em MMSS e MMII à noite com prejuízo do sono		
Roncos à noite		
Sono ruim		
Insônia		
Adequação do ambiente		
Condições domiciliares		
Distúrbios do sono		
Dificuldade para dormir		
Alteração no ciclo sono-vigília		
Alteração no humor		
Mal-estar		
Insônia		
Sensação de cansaço		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Cuidado Corporal</b>		
Banho com auxílio		
Higiene inadequada		
Higiene oral inadequada		
Cárie nos dentes		
Péssima higiene íntima		
Hábitos de higiene íntima ineficazes		
Odor fétido em genitália		
Banho de assento		
Capacidade para autocuidado		
Más condições de higiene		
Abdômen flácido		
Realiza exames de rotina		
Higiene bucal inadequada		
Uso de fralda		
Dentes amarelados		
Déficit de autocuidado		
Dentição prejudicada		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Exercício e Atividade Física</b>		
Deambulação		
Deambula com auxílio (ex.: muletas, andador, cadeira de rodas)		
Marcha anserina		
Deambula com dificuldade		
Marcha com padrão claudicante		
Marcha lentificada		
Fraqueza muscular		
Dor no joelho		

Hipotonia muscular		
Limitação funcional para atividades habituais		
Perda de movimentação dos MMII		
Tremor de repouso em membros		
Paraplégico		
Dor à flexão de MMII		
Desgaste físico		
Déficit motor em MMII e MMSS		
Dor na fáscia plantar		
Dor nas pernas		
Sedentarismo		
Dor na fáscia plantar ao acordar pela manhã e pisar no chão		
Trauma de joelho		
Dor na coluna		
Dor em região lombossacra irradiando para MMII		
Parestesia e câimbras em MMSS		
Espasticidade e paresia em MMII		
Parestesia em MMII		
Artralgia		
Astenia		
Dor cervical em queimação		
Instabilidade articular		
Creptos em joelhos com dor		
Creptos em ombros		
Dor à palpação em região lombossacral		
Mialgia		
Hipertonia muscular		
Dor no quadril		
Espasmos musculares		
Incapacidade física		
Força muscular insuficiente		
Prejuízo musculoesquelético		
Prejuízos neuromusculares		
Massa muscular diminuída		
Fratura		
Perda de movimento voluntário das extremidades superiores ou inferiores		
Hemiplegia		
Mobilidade prejudicada		
Imobilidade		
Diminuição da capacidade física		
Ferida em MMII afetando atividades diárias		
Desgaste físico		
Incapacidade de realizar atividades cotidianas		
Indisposição física		
Dificuldade de locomoção		
Cirurgia ortopédica		
Equilíbrio prejudicado		



Capacidade funcional diminuída		
Habilidade motora grossa diminuída		
Risco de queda		
Habilidade motora fina diminuída		
Trauma raquimedular		
Laségue positivo		
Doença reumatológica		
Redução na força muscular		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Sexualidade</b>		
Dificuldade de ejaculação		
Prurido vulvar		
Corrimento vaginal		
Dor testicular		
Atresia vaginal		
Vasectomia		
Desejo de fazer vasectomia		
Disfunção erétil		
Deseja ter ereções		
Dor nas mamas		
Aumento da próstata		
Eritema em glande		
Lesão em prepúcio		
Disfunção sexual		
Neoplasia de útero		
Aumento do volume escrotal		
Dor em baixo ventre irradiando para o ânus		
Perda de urina à manobra de Valsalva		
Mamilos retraídos		
Flacidez muscular de parede vaginal		
Edema e eritema em testículos		
Sem vida sexual ativa		
Edema em prepúcio		
Dificuldade de ereção sem perda de libido		
Ausência de dsts		
Presença de dsts		
Ereções pouco rígidas		
Ejaculação precoce		
Sensação de peso em região perianal		
Dor no útero e vagina		
Vulva atrófica		
Dor no reto		
Negação às necessidades básicas sexuais		
Perda do autorreconhecimento como um ser sexual e atraente		
Ressecamento e estenose vaginal		
Impacto da sexualidade		
Diminuição ou perda da libido		

Não tem ereção		
Saúde sexual e reprodutiva		
Ardor às ejaculações		
Função sexual		
Necessidades básicas relacionadas à sexualidade, autoimagem e autoconceito		
Desconforto durante a relação sexual		
Direitos sexuais e reprodutivos; sexualidade, gênero e saúde reprodutiva		
Dor no canal vaginal		
Problemas da próstata		
Diminuição da rigidez das ereções e dificuldade para manter o coito		
Saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas		
Ardência no canal vaginal após relação sexual		
Dificuldades na atividade sexual		
Neoplasia de próstata		
Mudança indesejada na função sexual		
Redução do desejo sexual		
Alteração na estrutura do corpo (em razão de anomalia, doença, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)		
Alteração na excitação sexual		
Alteração na satisfação sexual		
Alteração na atividade sexual		
Massa uterina		
Limitação sexual percebida		
Não faz uso de preservativo		
Cirurgia de próstata		
Relações sexuais com parceiro fixo		
Problemas psicosssexuais		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Regulação Hormonal</b>		
Menopausa		
Disfunção da tireoide		
Hipoglicemia		
Hiperglicemia		
Ciclos menstruais irregulares		
Reposição hormonal		
Hormônios desregulados		
Estrógeno elevado		
Alterações hormonais		
Amenorreia		
Queda de cabelo		
Galactorreia		
Sugestões de Acréscimo		
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	<b>Concordo</b>	<b>Não concordo</b>

<b>Amor e Aceitação</b>		
Aceitação/adaptação		
Estimular a aceitação da doença e do tratamento por parte da família		
Dificuldades de aceitação da nova condição de vida		
Convivência de forma harmônica com a nova condição		
Sentimentos de revolta e conflito; bem-estar psicológico		
Inconformado com diagnóstico; eufórica com evolução		
Sentido da vida para o ser humano; enfrentamento das limitações		
Satisfação		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Atenção</b>		
Sente-se sozinho(a), desestimulado(a) e até desamparado(a)		
Necessidade de escuta atenciosa e qualificada		
Desgaste psicossocial		
Carências afetivas e familiares		
Indiferença e abandono		
Apoio da família/profissionais de enfermagem		
Apoio social insuficiente		
Conflito familiar		
Ausência de acompanhantes e/ou familiares durante consulta		
Sente-se desestimulado(a) pela família		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Gregária</b>		
Limitações ao convívio social		
Restrição ao convívio com outras pessoas e à participação em eventos sociais		
Isolamento do convívio com o grupo da comunidade, das atividades da igreja, além de ocasionar constrangimentos pelo uso de fraldas		
Comportamento socialmente inadequado		
Isolamento		
Isolamento social		
Criação de vínculos		
Relações humanas		
Estabelecimento de vínculos		
Dificuldade de relacionamento		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Comunicação</b>		
Empatia		
Diálogo ativo		
Encorajando a verbalização de sentimentos		
Habilidades de comunicação adequadas		
Utilização de estratégias educativas que auxiliem o		

estabelecimento de uma comunicação eficaz com a pessoa estomizada		
Poliqueixoso(a) e com dificuldade para relatar sintomas		
Habilidade de comunicação ineficaz		
Compartilhamento de experiências		
Diálogo		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Autoestima e Autoimagem</b>		
Câncer de mama		
Timidez		
Mudança da imagem corporal		
Autorrepugnância e vergonha do novo corpo		
Ressignificação de sua autoimagem e autoconceito		
Superação dos medos e tabus advindos da alteração da imagem corporal		
Melhorar a autoimagem e a autoestima; autoestima		
Diminuição da autoestima		
Desconforto quanto ao uso das sondas, sensação de dor e vergonha		
Empoderamento		
Baixa autoestima situacional		
Deprimido após estoma		
Não quer sair de casa		
Abuso de substâncias		
Tabagismo		
Choro fácil		
Constrangimento		
Constrangimento ao sair de casa (incontinência)		
Depressão		
Vergonha		
Descrença/desesperança		
Sentir-se útil		
Sentimentos de abandono, revolta e depressão		
Descontentamento com a vida devido à incontinência urinária		
Morbidade psicológica (ansiedade somada à depressão)		
Necessidade de superar não somente as dificuldades relacionadas ao tratamento da doença ou trauma de base, mas também as mudanças de vida em decorrência da imagem corporal modificada		
Alteração da forma e da percepção do corpo		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Segurança Emocional</b>		
Instabilidade emocional em relação à família		
Ansioso pela retirada definitiva da sonda		
Segurança, confiança e estabilidade emocional		
Angústia		

Agressividade		
Confiança prejudicada		
Ansiedade após hemodiálise		
Transtorno psicológico		
Nervosismo		
Angústia psicossocial		
Apoio emocional, social e econômico		
Estabilidade emocional		
Insatisfeito pela não realização do procedimento cirúrgico (retirada definitiva)		
Fragilidade		
Perturbação emocional		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Aprendizagem</b>		
Baixa escolaridade		
Baixo nível educacional		
Apresenta trocas na fala e bastante dificuldade na escrita		
Problema de dicção		
Necessita de acompanhante/familiar nas consultas para orientação e esclarecimentos		
Atividade educativa		
Fortalecimento da relação cliente-profissional		
Formação de uma consciência crítica/orientada para uma vida saudável		
Educação para o autocuidado		
Conhecimento deficiente em relação aos cuidados necessários no domicílio após a cirurgia		
Abordagem calma e segura; conhecimento		
Medo e ansiedade por falta de conhecimento		
Fornecimento de informações e apoio		
Participação ativa dos clientes		
Sensação de limitação		
Estilos de aprendizagem		
Barreiras à aprendizagem		
Motivação para aprender		
Barreiras linguísticas		
Programa educativo		
Desenvolvimento de novos conhecimentos, atitudes, comportamentos e habilidades ante a sua nova condição de vida		
Habilidades para realizar ou lembrar de tarefas		
Nível de leitura		
Disfunção cognitiva (alteração na função cognitiva)		
Orientado a não abrir o sistema (paciente desconectando coletor)		
Conhecimento da higiene pessoal; escrita alterada após AVE		
Comprometimento cognitivo		

Pacientes orientados sobre hemodiálise		
Orientação sobre insuficiência renal crônica		
Preparo de pacientes para alta hospitalar		
Habilidade de ensino insuficiente		
Manejo com as bolsas coletoras e com a pele		
Volume de informações		
Informação insuficiente		
Orientações sobre horários de medicamentos		
Orientações para o banho		
Orientações sobre curativo		
Orientações para o autocuidado		
Estratégia para ajudar o paciente a alcançar os objetivos		
Orientações para tratamento dialítico em domicílio		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Terapêutica</b>		
Barreira financeira		
Radioterapia		
Dificuldades econômicas		
Insuficiência de recursos		
Dificuldade com o regime prescrito		
Não aceitação de medicamentos		
Medo do tratamento		
Medo do estoma		
Necessidade de fisioterapia e reabilitação		
Mudança de estilo de vida		
Corresponsável		
Qualidade da assistência à saúde		
Contaminação cruzada		
Tratamento de câncer (regime de tratamento complexo)		
Falta de interesse em tomar medicamentos (motivação insuficiente)		
Compreensão do tratamento		
Importância		
Valorização (Conhecimento insuficiente sobre o regime)		
Uso recorrente de antibióticos (agente farmacológico)		
Preocupação com a medicação e seus efeitos colaterais		
Reabilitação		
Necessidade de continuidade dos cuidados em casa		
Desempregado		
Dificuldades com o deslocamento ao hospital (falta a compromissos agendados)		
Envolvimento insuficiente de membros familiares		
Resistência em receber o tratamento (comportamento de falta de adesão)		
Falta de continuidade e seguimento em casa dos cuidados que o paciente recebe no hospital		

Necessidade de seguir um programa terapêutico		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Liberdade</b>		
Autonomia		
Tetraplegia		
Paraplegia		
Liberdade de escolha		
Perda de autonomia		
Não poder trabalhar fora de casa		
Respeito à autonomia e à dignidade		
Dependência funcional		
Crenças e valores		
Respeitando suas singularidades e vivências		
Reconhecimento deste sujeito como ser que age, pensa, sente		
Dificuldade de caminhar		
Hemiparesia		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Recreação e Lazer</b>		
Disposição		
Indisposição		
Diminuição no bem-estar		
Paciente relata não realização de lazer por conta da insuficiência renal crônica		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Criatividade</b>		
SEM INDICADORES ENCONTRADOS		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Auto realização</b>		
Motivação/frustração		
Perda de autoconfiança		
Confiança		
Sugestões de Acréscimo		
<b>Espaço e Meio Ambiente</b>		
Problemas de acomodação		
Silêncio		
Organização familiar insuficiente		
Privacidade insuficiente		
Exposição à luz do dia		
Barreira ambiental		
Local não familiar		
Ruído ambiental		
Mudança estrutural do lar		
Segurança		
Limpeza do ambiente		
Organização do ambiente		
Bem-estar ambiental		
Conforto		
Desconforto		

Sugestões de Acréscimo		
<b>NECESSIDADE PSICOESPIRITUAL</b>	<b>Concordo</b>	<b>Não concordo</b>
<b>Religiosidade/Espiritualidade</b>		
Bem-estar espiritual		
Gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança		
Sugestões de Acréscimo		



## ANEXO A

UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Construção e Validação de um Instrumento para Consulta de Enfermagem em Serviço Ambulatorial de Urologia

**Pesquisador:** NAYARA DA CRUZ SANTANA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79306317.0.0000.5546

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Sergipe

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.418.120

**Apresentação do Projeto:**

As doenças urológicas são bastante comuns e possuem alta prevalência e incidência, afetando significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é possível realizar uma consulta de enfermagem Integral e Individualizada para os pacientes urológicos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Propor um Instrumento validado para realização da consulta de enfermagem a pacientes com problemas urológicos atendidos no ambulatório de especialidades.

**Objetivo Secundário:**

Identificar os indicadores empíricos das Necessidades Humanas Básicas em pacientes com problemas urológicos, na literatura e em prontuários do ambulatório de especialidades; Identificar os diagnósticos de enfermagem, a partir dos indicadores clínicos encontrados;

Validar o conteúdo e aparência do Instrumento construído.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Sanatório

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** ospfu@ufs.br

Continuação do Parecer: 2.418.120

Por se tratar de um estudo metodológico, no qual não haverá intervenções, os riscos para os participantes serão mínimos, relacionados à possibilidade de quebra de sigilo. Todavia, a garantia do sigilo e do anonimato e a posse exclusiva das informações pela pesquisadora minimizarão este risco, conforme assegura a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Benefícios:**

O estudo proporcionará para os juizes participantes o aprofundamento e aperfeiçoamento na temática proposta. Para os pacientes, a criação de um instrumento que possibilite a implementação da primeira fase do processo de enfermagem a pacientes com acometidos por problemas urológicos, garantindo o cuidado humanizado e individualizado. E para os profissionais, o direcionamento da assistência e a utilização de uma linguagem unificada no raciocínio clínico e no planejamento das ações.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto propõe a construção e validação de um instrumento. A coleta de dados está prevista para iniciar-se em janeiro/2018.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Constam

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1007961.pdf	20/10/2017 11:18:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	20/10/2017 11:16:04	NAYARA DA CRUZ SANTANA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/10/2017 11:10:15	NAYARA DA CRUZ SANTANA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	20/10/2017	NAYARA DA CRUZ	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.418.120

Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	11:07:13	SANTANA LIMA	Acelto
----------------	--------------------------	----------	--------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 06 de Dezembro de 2017

---

Assinado por:  
Anita Herminia Oliveira Souza  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br